



# Les urgences odontologiques algiques en officine de pharmacie

Nicolas Martenot

## ► To cite this version:

Nicolas Martenot. Les urgences odontologiques algiques en officine de pharmacie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01207345

**HAL Id: dumas-01207345**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01207345>**

Submitted on 30 Sep 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License



THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE présentée par **Nicolas MARTENOT**

Année : 2015 Née le 21/12/1987 à Landerneau  
Thèse N° : 29006

Préparée à l'UFR d'odontologie de BREST

# Les urgences odontologiques algiques en officine de pharmacie

Thèse soutenue le 02 mars 2015  
devant le jury composé de :

**Reza ARBAB CHIRANI**  
Professeur des Universités, UFR Odontologie / Président / Directeur

**Valérie CHEVALIER-HERISSET**  
Maître de Conférence des Universités, UFR Odontologie / Assesseur

**Karen VALLAEYS**  
Maître de Conférence associé, UFR Odontologie / Assesseur

**Charlotte GOUEDARD**  
Assistante, UFR Odontologie / Assesseur

**Jean-Claude LUGUET**  
Président du Conseil de l'Ordre Départemental des Chirurgiens-Dentistes / Invité

**Jacques HUGUEN**  
Président du Conseil de l'Ordre Régional des Pharmaciens de Bretagne / Invité



# UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

-----

## **PRESIDENT**

**Monsieur Pascal OLIVARD**

## **DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES**

**Monsieur Stéphane CHARPENTIER**

## **CORPS PROFESSORAL DE L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE BREST**

**Année Universitaire 2014-2015**

-----

## **DOYEN**

**Monsieur Reza ARBAB CHIRANI**

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

57-03 Sciences Biologiques  
58-01 Odontologie Conservatrice  
58-02 Prothèse

Monsieur Jacques-Olivier PERS  
Monsieur Reza ARBAB CHIRANI  
poste vacant

## **MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

56-01 Pédodontie  
56-01 Pédodontie  
56-03 Prévention Epidémiologie  
56-03 Prévention Epidémiologie  
57-01 Chirurgie Buccale  
57-02 Chirurgie Buccale  
57-03 Sciences Biologiques  
58-01 Odontologie Conservatrice  
58-01 Odontologie Conservatrice  
58-02 Prothèse  
58-02 Prothèse  
58-03 Sciences anatomiques et physiologiques,  
occlusodontiques, biomatériaux,  
biophysique et radiologie  
58-03 Sciences anatomiques et physiologiques,  
occlusodontiques, biomatériaux,  
biophysique et radiologie

Monsieur Hervé FORAY  
Madame Frédérique d'ARBONNEAU  
Monsieur Alain ZERILLI  
Monsieur Bertrand PIVER  
Monsieur Guy LE TOUX  
Madame Sylvie BOISRAMÉ-GASTRIN  
Madame Laëtizia LE POTTIER  
Madame Valérie CHEVALIER-HERISSET  
Madame Karen VALLAEYS (associée)  
Monsieur Vincent JARDEL  
Madame Elisabeth LEIZE-ZAL  
Madame Céline BODERE

Monsieur Brice CHAUVEL

## **ASSISTANTS**

56-02 Orthopédie Dento Faciale  
57-01 Parodontologie  
57-01 Parodontologie  
57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique  
57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique  
58-01 Odontologie Conservatrice  
58-01 Odontologie Conservatrice  
58-02 Prothèses  
58-02 Prothèses

Madame Kristelle MELONE  
Madame Juliette COAT  
Madame Claire HENRY-ALBARET  
Madame Aurélie HACQUARD  
Monsieur Cédric LANSONNEUR  
Madame Hélène LEGOUX  
Madame Charlotte GOUEDARD  
Madame Gabrielle LEON  
Monsieur Gabriel SCOLAN

## **ASSISTANTS ASSOCIES**

57-03 Sciences Biologiques

Madame Kahina AMROUCHE

**A Monsieur le Professeur Reza ARBAB CHIRANI,**

- Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury.

Nous vous exprimons toute notre gratitude pour avoir dirigé notre travail.

Nous vous remercions de nous avoir dispensé un enseignement de qualité tout au long de notre cursus.

Veuillez trouver ici, Monsieur, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A Madame le Docteur Valérie CHEVALIER-HERISSET,**

- Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Nous vous exprimons toute notre gratitude d'accepter de siéger dans ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grande reconnaissance pour votre enseignement, votre pédagogie, votre gentillesse et votre disponibilité tout au long de nos études.

**A Madame le Docteur Karen VALLAEYS,**

- Maître de Conférences associée - Praticien Attaché

Vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.

Nous vous remercions de votre pédagogie et votre bonne humeur au sein du service.

Veillez trouver ici l'assurance de notre profond respect.

**A Madame le Docteur Charlotte GOUÉDARD,**

- Assistante - Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur de siéger au sein du jury de notre thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour votre enseignement, votre disponibilité ainsi que pour votre amitié tout au long de nos études.



**A Monsieur le Docteur Jean-Claude LUGUET**

- Président du conseil de l'ordre départemental des chirurgiens dentistes du Finistère

Vous nous faites l'honneur de votre présence au sein du jury de notre thèse.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

**A Monsieur le Docteur Jacques HUGUEN**

– Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Bretagne

Vous nous faites l'honneur de votre présence au sein du jury de notre thèse.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

**A Julie**, pour ton amour, ta patience et notre avenir.

**A mes Parents**, que j'aime et qui m'ont toujours soutenu durant ces longues études.

**A mes Sœurs**, merci pour votre support durant ces années.

**A ma Mamie**, merci de m'avoir encouragé au long de ces études.

**A Baptiste**, pour la genèse de ce travail.

**A tous mes amis**, pour avoir fait de toutes ces années de bons moments.

**A Marie, Florence et Pascale**, pour leur confiance et leur amitié.

**A Dédé**, pour tout ce temps passé au labo.

**Aux enseignants, au personnel de la faculté et du centre de soins**, qui m'auront tous appris quelque chose.

**A Horsjeu**, merci d'élargir mes horizons.

**A la JSG et ses dimanches**.

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon propre compte des propos, des citations, des illustrations déjà publiés.

BREST, le

MARTENOT Nicolas

Signature.

## **Les urgences odontologiques algiques en officine de pharmacie**

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	14
<b>CHAPITRE 1. LES URGENCES ODONTOLOGIQUES ALGIQUES</b>	15
<b>1.1. Généralités</b>	15
1.1.1. Définition de l'urgence odontologique	15
1.1.2. Aspect médico-légaux des urgences	15
1.1.2.1. Devoirs du chirurgien-dentiste	16
1.1.2.2. Permanence des soins	16
1.1.2.3. Information et consentement	17
1.1.2.4. Secret médical	17
1.1.2.5. Confraternité	18
1.1.3. Prise en charge du patient en situation d'urgence	18
1.1.3.1. Interrogatoire	18
1.1.3.2. Examen clinique	19
1.1.3.3. Examens complémentaires	19
1.1.3.4. Diagnostic	19
<b>1.2. La Douleur en odontologie</b>	19
1.2.1. Définition de la douleur	19
1.2.2. Qualification de la douleur dentaire	20
1.2.3. Douleurs et urgences odontologiques	21
<b>1.3. Différentes urgences algiques en odontologie et prise en charge</b>	22
1.3.1. Urgences infectieuses	22
1.3.1.1. Parodontite apicale aiguë	22
1.3.1.2. Abscess apical aigu	23
1.3.1.3. Gingivite	23
1.3.1.4. Maladie parodontale nécrotique	23
1.3.1.5. Abscess parodontal	24
1.3.1.6. Périconarite	24
1.3.1.7. Cellulite	24
1.3.1.8. Ostéite	26
1.3.1.9. Alvéolites	27

1.3.1.10.	Infections des glandes salivaires	27
1.3.1.11.	Infections d'origines virales	28
1.3.1.12.	Infections d'origines fongiques	28
1.3.2.	Urgences inflammatoires	29
1.3.2.1.	Pathologies dentinopulpaire	29
1.3.2.2.	Hyperesthésie dentinaire	29
1.3.2.3.	Pulpites	30
1.3.2.4.	Syndrome du septum	30
1.3.2.5.	Flare-up	31
1.3.3.	Urgences traumatiques	31
1.3.3.1.	Luxations	33
1.3.3.2.	Expulsions	35
1.3.3.3.	Fractures	38
1.3.4.	Urgences de la muqueuse buccale	41
1.3.5.	Algies de la face	42
1.3.6.	Urgences de l'appareil manducateur	42

## **Chapitre 2. LES URGENCES ODONTOLOGIQUES EN OFFICINE DE PHARMACIE** 45

<b>2.1.</b>	<b>Introduction</b>	45
<b>2.2.</b>	<b>Objectif</b>	46
<b>2.3.</b>	<b>Matériel et méthodes</b>	46
<b>2.4.</b>	<b>Résultats</b>	47
2.4.1.	Commune d'exercice	47
2.4.2.	Présence de cabinets médicaux ou dentaires	48
2.4.3.	Nombre de patients reçus par semaine pour motifs bucco-dentaires	49
2.4.4.	Motifs de consultation	50
2.4.5.	Patients consultants pour des douleurs	52
2.4.6.	Attentes des patients	53
2.4.7.	Recours à l'automédication	54
2.4.8.	Moyens d'action	55
2.4.9.	Choix de la spécialité antalgique	56
2.4.10.	Critères de choix médicamenteux	58
2.4.11.	Relation avec les chirurgiens-dentistes	58

2.4.12.	Connaissance des structures d'accueil des urgences bucco-dentaires	59
2.4.13.	Niveau de formation	60
2.4.14.	Difficultés face aux urgences bucco-dentaires	60
2.4.15.	Souhaits d'informations ou de formations	61
<b>2.5.</b>	<b>Discussion</b>	61
2.5.1.	Commune d'exercice	62
2.5.2.	Présence de cabinets médicaux ou dentaires	62
2.5.3.	Nombre de patients reçus par semaine pour motifs bucco-dentaires	62
2.5.4.	Motifs de consultation	63
2.5.5.	Patients consultant pour des douleurs	63
2.5.6.	Attentes des patients	64
2.5.7.	Recours à l'automédication	64
2.5.8.	Moyens d'action	64
2.5.9.	Choix de la spécialité antalgique	65
2.5.10.	Critères de choix médicamenteux	65
2.5.11.	Relation avec les chirurgiens-dentistes	66
2.5.12.	Connaissance des structures d'accueil des urgences bucco-dentaires	66
2.5.13.	Niveau de formation	66
2.5.14.	Difficultés face aux urgences bucco-dentaires	66
2.5.15.	Souhaits d'informations ou de formations	67
<b>2.6.</b>	<b>Conclusion</b>	67
<b>CONCLUSION</b>		68
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		69
<b>ANNEXES</b>		76



## **INTRODUCTION**

Les urgences bucco-dentaires touchent l'ensemble de la population. Elles ne mettent que très rarement le pronostic vital en jeu mais sont souvent accompagnées d'un tableau douloureux. Elles nécessitent une prise en charge adaptée et rapide, cependant dans certains cas les patients ne se rendent pas chez un chirurgien-dentiste libéral. Ils s'orientent alors vers d'autres structures qu'ils jugent à même de prendre en charge leur urgence : urgences médicales, médecin libéraux ou encore les pharmacies.

La première partie de ce travail reprendra les principales pathologies odontologiques algiques nécessitant une consultation en urgence.

La seconde partie concernera l'analyse d'une étude sur les urgences dentaires au niveau des officines de pharmacie de la région Bretagne réalisée en 2014.

## CHAPITRE 1. LES URGENCES ODONTOLOGIQUES ALGIQUES

### 1.1. Généralités

#### 1.1.1. Définition de l'urgence odontologique

Le mot « Urgence » vient du latin « Urgere » qui signifie « presser ». Urgens signifie littéralement « en toute hâte » Selon le dictionnaire (Larousse Médical) est urgent « ce qui ne souffre pas de retard »

L'urgence peut aussi être définie par une compagnie d'assurance ou par la loi comme « Obligation d'assistance à personne en péril, soit par l'action personnelle soit la provocation des secours » (Code pénal, article 223-6).

Juridiquement, l'urgence suppose que tout retard entraîne un grave préjudice pour celui qui s'en prévaut (Guinchard et Montagnier, 1995) ce qui est une définition par défaut (Boucher et Cohen, 2007).

Les « vraies urgences en odontologie » peuvent être classées en six catégories (Perrin, 2007) :

- traumatismes bucco-dentaires (24%)
- pathologies infectieuses (d'origine dentaire, des tissus cellulo adipeux de la face et du cou, ...) (24%)
- hémorragies d'origines dentaires post chirurgicales
- les luxation de l'ATM et ADAM
- les pathologies de la muqueuse buccale comprenant diverses pathologies et traumatismes dont les morsures de chien avec atteinte de la bouche et/ou de la langue dont l'absence de prise en charge peut entraîner des séquelles à long terme
- les urgences de « confort » et la perception douloureuse (45%) Ces pathologies ou situations cliniques sont souvent le fait de patients négligents à l'égard de leur santé bucco-dentaires.

(Boucher et Cohen, 2007).

### 1.1.2. Aspect médico-légaux des urgences

#### 1.1.2.1. Devoirs du chirurgien-dentiste

Le praticien est soumis à certains devoirs envers les malades. Le premier est le « respect de la vie et de la personne humaine » selon l'article R.4127-202 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes de 2004 (Code de déontologie 2004).

Selon le code de déontologie des chirurgiens-dentistes de 2004n le praticien « Se doit de réaliser des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien dentiste. » (Code de déontologie 2004).

De plus le chirurgien-dentiste se doit de respecter le principe de non discrimination selon l'article R. 4127-211 code déontologie 2004 : « le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. » (Code de déontologie 2004).

#### 1.1.2.2. Permanence des soins

Il n'existe pas de cadre particulier pour les urgences, les conditions d'exercice du Chirurgien Dentiste sont les mêmes, et il est soumis au Code de la Santé Publique et au Code de Déontologie.

D'après l'article R. 4127-205 du Code de Santé publique : « Hors le seul cas de force majeure, tout chirurgien-dentiste doit porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat si d'autres soins ne peuvent lui être assurés.» (Code de la santé publique, 2002).

L'article R. 4127-245 du Code de la Santé Publique concerne les devoirs des chirurgiens-dentistes dans les cas d'urgence. « Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins. Sa participation au service de garde est obligatoire. Toutefois, des exemptions peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, compte tenu de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien» (Code de Déontologie, 2004).

Le praticien est tenu de prendre en charge les urgences se présentant à lui et de respecter la permanence des soins en odontologie. (Béry et Delprat, 2006).

#### 1.1.2.3. Information et consentement

Le praticien doit, sauf urgence vitale, obtenir le consentement du patient avant la réalisation des soins. Ce consentement doit être libre, c'est à dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être éclairé, c'est à dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner.

L'information nécessaire à la validité du consentement est définie par un cadre légal, depuis 1974 et le décret n°74-17 du 14 janvier 1974.

Elle a depuis été modifiée et reprise par l'article L.1111-2 du code de la santé publique selon lequel « le chirurgien-dentiste doit à son patient une information intelligible et loyale » (Code de la santé publique, 2002).

#### 1.1.2.4. Secret médical

Au cours et à la suite d'une consultation d'urgence le praticien est bien entendu soumis au devoir de secret médical, qui est une obligation légale selon les articles R 4127-4 et R 4127-73 du code de la santé publique de 2002 et une obligation déontologique d'après l'article R 4127-206 du code de la santé publique de 2002, « Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (Code de la santé publique, 2002 ; Code de déontologie, 2004).

#### 1.1.2.5. Confraternité

Lors d'une consultation d'urgence, le praticien doit respecter le principe de confraternité, il ne doit pas, d'après l'article R 4127 -261 du code de déontologie de 2004 critiquer les soins préalablement réalisés et ses actes seront limités au traitement de l'urgence. Selon l'article R.4127-265 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes de 2004, « lors d'une consultation d'urgence, le praticien se doit de donner les soins nécessaires mais ne doit pas prodiguer d'actes lourds non indispensables ou esthétiques. Il doit par la suite informer le praticien traitant dès son retour des soins réalisés, en accord avec le patient » (Code de déontologie, 2004 ; Markus, 2008).

#### 1.1.3. Prise en charge du patient en situation d'urgence

Par définition, l'urgence nécessite une prise en charge rapide, et la consultation qui arrive en sus de l'emploi du temps du praticien est souvent limitée dans le temps.

Le contexte de stress du patient et du praticien peut conduire à des erreurs diagnostiques qui retarderont d'autant l'amélioration de la situation pour le malade. Il est nécessaire malgré les contraintes de maintenir une procédure de décision rigoureuse et efficace conduisant à établir un diagnostic positif, différentiel et étiologique.

##### 1.1.3.1. Interrogatoire

Le praticien doit, en cas de nouveau patient créer le dossier médical afin d'assurer une prise en charge et un suivi optimal du patient dans le temps.

Le praticien doit recueillir les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, ainsi que l'ensemble de ses traitements médicamenteux. Dans les cas de traumatisme, la vaccination tétanique doit être vérifiée (Ahossi, 2004).

Le praticien doit noter le motif de consultation et les traitements déjà entrepris par le patient.

Il faut recueillir les conditions d'apparition des symptômes, dans le cas des urgences, le motif le plus fréquent est la douleur, il faut noter la date de début, le type de douleur, son intensité (à l'aide de l'EVA), le caractère spontané ou provoqué, les facteurs soulageants/aggravants, l'évolution dans le temps.

Le praticien doit corroborer les symptômes décrits avec ce qu'il a constaté objectivement (Roth, 1999).

### 1.1.3.2. Examen clinique

A l'examen exobuccal sont recherchées, les asymétries, tuméfactions, plaies, adénopathies.

A l'ouverture sont recherchées, les déviations et limitations d'amplitude.

A l'examen endobuccal toute la cavité buccale (muqueuses et tissus dentaires) doit être inspectée et non pas uniquement la zone douloureuse à la recherche de saignements, inflammations, tuméfactions, ulcérations, dyschromies, mobilités.

Les tests thermiques, électriques, de percussion, et la palpation précisent le diagnostic (Roth, 1999 ; Ahossi *et al*, 2004).

### 1.1.3.3. Examens complémentaires

L'examen radiologique est l'examen complémentaire de choix en urgence. La radiographie rétro-alvéolaire est la plus utile car elle permet de voir la dent, le parodonte et le péri-apex. Des incidences différentes peuvent être utilisées dans les cas de traumatismes pour rechercher des fractures. Sur les pluriradiculées il est souvent nécessaire d'effectuer trois clichés : un orthocentré et deux excentrés (Roth, 1999). De même, un cliché occlusal peut également être réalisé.

L'orthopantomogramme est un examen de dépistage, surtout utile en cas de traumatisme car il permet de visualiser les maxillaires, les structures dentaires, les sinus et les articulations temporo-mandibulaires. La tomographie volumique peut également être utilisée si nécessaire.

### 1.1.3.4. Diagnostic

Il suit l'examen clinique et l'interrogatoire, et permet l'élaboration d'un plan de traitement.

Il doit être précis et prendre en compte les possibilités de diagnostics différentiels (Perrin *et al*, 2005).

## 1.2. La Douleur en odontologie

### 1.2.1. Définition de la douleur

La douleur a été définie en 1979 par l'IASP (International Association for the Study of Pain ) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage » (Boucher et Cohen, 2007).

Cette définition met en avant le côté polymorphe de la douleur ainsi que sa nature subjective. La douleur est généralement séparée en deux catégories aiguë ou chronique. Le terme de douleur aiguë renvoie à 3 notions différentes : intensité, brutalité, caractère qualitatif.

La définition retenue est celle adoptée dans la circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999 : «La douleur aiguë est une sensation vive et cuisante, qui s'inscrit dans un tableau clinique d'évolution rapide» (ANAES, 2000). La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient (HAS, 2008).

### 1.2.2. Qualification de la douleur dentaire

La douleur peut être évaluée selon différents critères : sa localisation, sa fréquence, son aspect, ses cofacteurs et son intensité.

La topographie d'une douleur peut être précise et aider le praticien dans son diagnostic ou irradiante, projetée et le tromper (Ahossi *et al*, 2004 ; Perrin *et al*, 2005).

La fréquence de la douleur est qualifiée à l'aide des termes continue, discontinue, permanente, diurne, nocturne, cyclique. C'est une aide au diagnostic (Perrin *et al*, 2005).

Les aspects de la douleur sont décrits par les termes lourdeur, pression, décharge, pulsation, irradiante, chaleur, brûlure et orientent ainsi le diagnostic (Ahossi *et al*, 2004).

Certains facteurs peuvent faire varier les douleurs, tels la position du patient, la mastication, le contact avec des acides ou des sucres, les variations thermiques.

L'évaluation de l'intensité de la douleur se fait grâce à différentes échelles. L'échelle de référence est l'Échelle Visuelle Analogique (EVA). Le patient doit placer un curseur sur une ligne continue entre l'absence totale de douleur et la plus forte douleur imaginable. Du côté praticien de l'échelle cela est transformé en une graduation chiffrée de 0 à 10. Cette échelle est surtout utilisée pour juger de la douleur à plusieurs jours d'intervalles et l'efficacité d'un traitement. (ANAES, 2000) (Fig. 1.1).

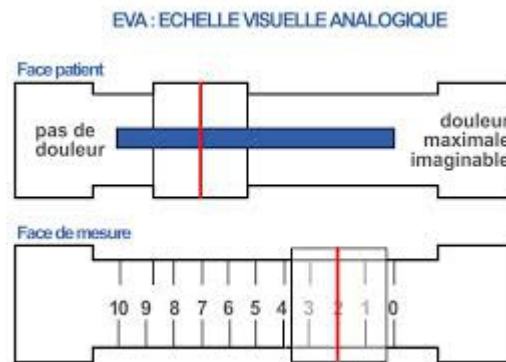


Figure 1.1 Échelle Visuelle Analogique (EVA)

### 1.2.3. Douleurs et urgences dentaires

Les principales raisons des visites en urgence odontologique sont les douleurs, les infections et les traumatismes (Anderson *et al*, 2003 ; Persson *et al*, 2000).

Les consultations surviennent en moyenne sept jours après le début des symptômes dans le cas d'une pulpite et cinq jours dans le cas d'une parodontite apicale (Nusstein et Beck, 2003 ; Touré *et al*, 2007).

« De nombreux patients ne consultent pas immédiatement en espérant que cela passe tout seul, soit par appréhension ou phobie du dentiste, soit parce qu'ils n'ont pas obtenu de rendez-vous rapidement chez un praticien. Dans ce dernier cas, ils recourent à l'automédication antalgiques sans ordonnance ou de diverses spécialités présentes dans leurs pharmacies personnelles. Les médicaments ne sont pas toujours adaptés ni en dosage ni en choix de molécule » (Boucher et Pionchon, 2006).

A propos de la gestion antalgique des urgences, l'OMS a défini une échelle de prescriptions antalgiques en rapport avec l'EVA. (Tab 1.1).



	Intensité des douleurs	Types d'antalgiques
Palier I	- Faibles à modérées - De 1 à 3 sur l'EVA	Antalgiques périphériques non opioïdes (Paracétamol, AINS, Aspirine)
Palier II	- Modérées à intenses - De 4 à 6 sur l'EVA	Antalgiques centraux opioïdes faibles et moyens (Codéine, Tramadol) associés ou non à d'autres molécules co-antalgiques (paracétamol, AINS).
Palier III	- Intenses à très intenses - À partir de 7 sur l'EVA	Antalgiques centraux opioïdes forts associés ou non à d'autres molécules co-antalgiques

Tableau 1.1 Paliers de la douleur et type d'antalgiques (OMS 1984)

### 1.3. Différentes urgences algiques en odontologie et prise en charge

#### 1.3.1. Urgences infectieuses

##### 1.3.1.1. Parodontite apicale aiguë

Inflammation de l'espace péri-apical due à un passage bactérien via l'endodonte à la suite d'une nécrose pulpaire, d'un refoulement septique durant un traitement canalaire ou une parodontite apicale chronique. On retrouve une douleur spontanée, continue, localisée, exacerbée à la mastication accompagnée d'une légère mobilité dentaire et une impression de suroccclusion. De même il existe une douleur provoquée à la palpation vestibulaire/linguale. L'examen radiographique montre une atteinte allant de l'élargissement ligamentaire à une image radio-claire péri-apicale avec des limites plus ou moins définies. Le test de percussion axiale est positif, les test de vitalité sont négatifs. Le traitement d'urgence est l'ouverture de la dent sous champ opératoire, la mise en forme et l'irrigation à l'hypochlorite de sodium, la mise en place d'un hydroxyde de calcium en interséance et l'obturation temporaire étanche de la dent. La dent est mise en sous occlusion. Une prescription d'antalgique est réalisée. Dans un 2e temps l'obturation canalaire est effectuée (Boucher et Pionchon, 2006 ; HAS, 2008 ; Simon, 2008).

#### 1.3.1.2. Abscès apical aigu

Évolution de la parodontite apicale aiguë ou chronique, il y a formation dans le péri-apex d'une collection purulente par rupture de l'équilibre entre les défenses de l'hôte et la prolifération bactérienne. S'en suit une lyse osseuse et parfois une fistulisation de la lésion au travers de la table osseuse. Urgence courante, on retrouve des douleurs spontanées importantes accentuées au moindre contact, une tuméfaction de la gencive qui est douloureuse à la palpation. L'état général du patient peut être atteint, et une mobilité présente. L'examen radiographique montre une zone radio-claire et une lyse osseuse. Le test de vitalité est négatif, celui de percussion très positif. En cas de doute sur la dent d'origine et si il y a une fistule, il est possible d'y glisser un cône de gutta percha avant de réaliser la radiographie. Le traitement consiste à drainer l'abcès, que ce soit par voie endodontique en réalisant l'ouverture de la dent et la préparation canalaire, une irrigation à l'hypochlorite de sodium et une fois le canal asséché une médication à l'hydroxyde de calcium en interséance. En cas de collection de l'abcès, il peut être incisé par voie externe (Boucher et Pionchon, 2006 ; Simon, 2008).

#### 1.3.1.3. Gingivite

Inflammation de la gencive, souvent causée par l'accumulation de plaque dentaire, elle peut aussi avoir une origine générale bactérienne (Tuberculose, Syphilis...), virale (VIH, Herpès...), fongique, parasitaire, médicamenteuse ou liée à des modifications hormonales (grossesse...) ou une hémopathie. La gencive est rouge, tuméfiée, le caractère d'urgence est défini par la présence de douleurs ou un saignement abondant. Le traitement consiste en un détartrage, des conseils d'hygiène, une prescription de bain de bouche et d'antalgiques si nécessaire (Ben Slama, 2003 ; Piette et Mahy, 2005 ; Boucher et Pionchon, 2006).

#### 1.3.1.4. Maladie parodontale nécrotique

Ce sont les Gingivite Ulcéro Nécrotique Aiguë (GUNA) et Parodontite Ulcéro Nécrotique Aiguë (PUNA). D'origine bactérienne, l'étiologie est mal connue. On retrouve papilles décapitées avec un enduit blanchâtre, gingivorragies, halitose et douleurs. L'état général est atteint avec fièvre et adénopathies. Le traitement consiste en un nettoyage soigneux des surfaces dentaires et une désinfection à l'aide de chlorhexidine, eau oxygénée ou polyvidone iodée (Bétadine®).

Une prescription d'antibiotiques (Amoxicilline ou Métronidazole pendant 6 jours) des antalgiques (palier I ou II) ainsi que des conseils d'hygiène et des bains de bouches seront donnés au patient. Ces pathologies étant parfois un signe d'appel pour des immunodépressions, un bilan sanguin peut être demandé (Afssaps, 2001 ; Ben Slama, 2003 ; Rodier *et al*, 2004 ; Piette et Mahy, 2005 ; Boucher et Pionchon, 2006).

#### 1.3.1.5. Abcès parodontal

Infection bactérienne aiguë des tissus du parodonte, elle conduit à la destruction du ligament parodontal et de l'os alvéolaire. La gencive est rouge, douloureuse à la palpation, du pus peut sourdre du sulcus, on retrouve une mobilité dentaire, un sondage parodontal positif. Le test de percussion axial est positif, la vitalité pulpaire est conservée (diagnostic différentiel de l'abcès apical aigu). Le traitement consiste en un drainage de l'abcès, un détartrage de la zone infectée, une irrigation sous gingivale à la chlorhexidine ou à l'eau oxygénée, des conseils d'hygiène, une prescription de bain de bouche et d'antalgiques (Michel, 97 ; Perrin *et al*, 2005 ; Boucher et Pionchon, 2006).

#### 1.3.1.6. Péricoronarite

État inflammatoire du capuchon muqueux que l'on rencontre dans les cas d'éruption dentaire, le plus souvent la 3<sup>ème</sup> molaire mandibulaire, la gencive est tuméfiée et douloureuse, avec parfois une suppuration. La péricoronarite s'accompagne de douleurs importantes, irradiantes à l'oreille, et souvent d'adénopathies, d'une dysphagie ainsi que d'un trismus dans les formes sévères. Le traitement consiste en un nettoyage de la zone tuméfiée à l'aide de chlorhexidine ou d'eau oxygénée, une prescription de bains de bouches à la chlorhexidine et d'antalgiques de palier I ou II, ainsi que d'un traitement antibiotique en cas d'adénopathies. En cas de récurrence (fréquente au niveau des 3<sup>èmes</sup> molaires mandibulaires) le capuchon muqueux peut être incisé une fois l'inflammation réduite, ou la dent extraite (Afssaps, 2001 ; Douglas et Douglas, 2003 ; Peron, 2004).

#### 1.3.1.7. Cellulite

La cellulite est définie comme « une extension de l'infection aux tissus cellulo-adipeux localisés principalement dans les tissus sous cutanés » (Ahossi *et al*, 2004). Elles ont des

potentialités extensives pouvant parfois être graves engageant le pronostic vital et nécessitant une prise en charge hospitalière. (Benzarti *et al*, 2007). Les causes sont multiples : infection parodontale, nécrose pulpaire, geste chirurgical septique, mais l'origine endodontique reste la plus fréquente. La prise d'anti-inflammatoires va favoriser l'apparition de la cellulite ou en aggraver le tableau. La cellulite peut être séreuse ou suppurée, circonscrite ou diffuse. (Cavaillon *et al*, 1988 ; Ahossi *et al*, 2004 ; Bouletreau *et al*, 2005 ; Perrin *et al*, 2005 ; Benzarti *et al*, 2007). (Fig. 1.2) :

- Cellulite circonscrite séreuse : la cellulite est en phase séreuse dès le début de l'inflammation du tissu cellulaire, une tuméfaction mal délimitée est liée à la dent causale. et l'état général du patient est normal. Le traitement d'urgence consiste en la prescription d'antibiotiques et d'antalgiques ainsi que de bains de bouche pour éviter le passage au stade suppuré. Le drainage et traitement canalaire peuvent aussi être envisagés si la dent est accessible.
- Cellulite circonscrite suppurée : évolution de la phase séreuse en l'absence de traitement, la douleur est importante et lancinante, la tuméfaction est bien délimitée et fluctuante. Le patient présente une adénopathie, de la fièvre, une asthénie. Le traitement d'urgence consiste en la prescription d'antibiotiques et d'antalgiques ainsi que de bains de bouche pour éviter le passage au stade suppuré. Le drainage et traitement canalaire peuvent aussi être envisagés si la dent est accessible. A la palpation digitale on retrouve une crépitation neigeuse. Parfois, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire selon le tableau clinique.
- Cellulite diffuse : elle apparaît sur un terrain immunodéprimé ou en l'absence de traitement adapté conjointement à la prise d'anti inflammatoires. La tuméfaction est étendue et sans limites. On retrouve une nécrose des tissus et une atteinte de l'état générale importante (dissociation pouls-température) C'est une urgence vitale nécessitant une hospitalisation immédiate et la mise sous antibiothérapie massive et prolongée en voie IV.



Figure 1.2 Exemples de cellulites faciales d'origine dentaires (Photographie UF d'OCE, Service d'Odontologie, CHRU Brest)

#### 1.3.1.8. Ostéite

Affections de l'os pouvant être circonscrites, diffuses, post-radiques ou liées aux bisphosphonates.

Le signe clinique majeur est la douleur, avec fréquemment tuméfaction locale, trismus, halitose, et hypoesthésie labiomentonnière (signe de Vincent) dans les formes chroniques mandibulaires. L'état général du patient peut être altéré en cas de diffusion. A la radiographie, on retrouve une ostéolyse. Le traitement consiste en une antibiothérapie rapide et massive et la suppression des facteurs irritants. Si une intervention locale est nécessaire il faudra prendre en compte le risque ischémique et privilégier l'anesthésie générale (Graham *et al*, 2001 ; Maes *et al*, 2005).

#### 1.3.1.9. Alvéolites

Urgence post-extractionnelle, elle se manifeste quelques jours après l'acte chirurgical.

Il en existe deux types : l'alvéolite suppurée et l'alvéolite sèche.

##### – Alvéolite suppurée :

L'alvéole est tuméfiée et laisse sourdre du pus, elle est accompagnée de douleurs peu intenses et l'état général du patient peut être atteint. L'alvéole est révisée soigneusement sous anesthésie, des antalgiques (palier 1 ou 2) prescrit ainsi que des bains de bouche. En cas d'atteinte de l'état général, une antibiothérapie est mise en place. (Ahossi *et al*, 2004 ; Maes *et al*, 2005).

##### – Alvéolite sèche :

La disparition du caillot sanguin, qui peut être causée par le tabac ou des bains de bouches précoces laisse apparaître une alvéole vide. Les douleurs sont violentes, lancinantes et augmentées au décubitus dorsal. L'alvéole est rincée et révisée soigneusement sous anesthésie pour éliminer le tissu de granulation et permettre la formation d'un nouveau caillot sanguin. Des pansements antalgiques et antiseptiques locaux peuvent être introduit dans l'alvéole. (type Alvogyl®) Des antalgiques de palier II sont souvent nécessaires.

(Ahossi *et al*, 2004 ; Boucher et Pionchon, 2006).

#### 1.3.1.10. Infections des glandes salivaires

La lithiase est l'infection la plus courante, les canaux excréteurs des glandes salivaires parotides, sub linguales et sub mandibulaires sont bouchés par des calculs. L'écoulement de la salive est alors perturbé, les glandes se bouchent, augmentent de volume et sont douloureuses. On parle d'hernie salivaire lorsque c'est transitoire ou de colique salivaire lorsque la tuméfaction et la douleur persistent. Si il n'y pas d'évacuation ou de mobilisation de la lithiase, il y a alors une infection qui se développe ce qui constitue une urgence. On retrouve une tuméfaction localisée, unilatérale et un ostium purulent. L'infection salivaire la plus courante est celle de la glande sub mandibulaire.

Afin de préciser la position de la lithiase, on peut réaliser un cliché occlusal, une échographie ou

une sialographie avec des produits de contrastes. L'infection est traitée par des antibiotiques (macrolides) des antispasmodiques (spasfon©) et des sialologues (teinture de jaborandi, gènesérine©, salicylate...) Puis les calculs sont éliminés en fonction de leurs tailles et positions par voie chirurgicale, endoscopique ou lithotripsie ultrasonique. Dans les cas extrêmes, l'exérèse de la glande est réalisée. On retrouve aussi des infections des glandes salivaires d'origine bactériennes ou virales traitées par antiviraux ou antibiotiques. Les glandes salivaires sont aussi touchées par des processus tumoraux, la biopsie permet de définir le caractère bénin ou malin des atteintes (Roth, 1999 ; Afssaps, 2001 ; Robinson *et al*, 2001 ; Bouletreau *et al*, 2005 ; Perrin *et al*, 2005).

#### 1.3.1.11. Infections d'origines virales

L'urgence est présente lors des cas de gingivostomatite consécutive à la primo-infection herpétique, les signes cliniques sont des petites ulcérations, la fièvre et des adénopathies. Le traitement de cette urgence consiste en une prise d'antalgiques, d'antiseptiques locaux, d'anesthésiques locaux (Xylocaïne visqueuse...) ainsi que d'anti viraux (Zovirax©) La primo-infection de la varicelle ainsi que ses résurgences (Zona) sont à traiter conjointement avec le médecin généraliste pour éviter la sur-infection des vésicules (Cavaillon *et al*, 1988 ; ANAES, 2001 ; Boucher et Pionchon, 2006).

#### 1.3.1.12. Infections d'origine fongique

L'urgence infectieuse d'origine fongique la plus souvent rencontrée est la Candidose (phase aiguë) causée par le Candida Albicans. On retrouve une mauvaise haleine, des petites plaques blanchâtres qui se détachent, un goût métallique et des sensations de brûlures. Le traitement consiste en l'utilisation d'antifongiques locaux (Miconazole) d'antiseptiques, et de bain de bouche alcalin, ainsi que des conseils d'hygiène (Ben Slama, 2003 ; Perrin *et al*, 2005).

### 1.3.2. Urgences inflammatoires

#### 1.3.2.1. Pathologies dentino-pulpaire

Lors de l'évaluation des pathologies dentino-pulpaire, le praticien dispose de la classification de Baume (Baume et Fiore Donno, 1962) (Tab 1.2). Elle est basée sur des critères symptomatologiques et permet de définir le traitement à entreprendre. Bien qu'ancienne, cette classification peut toujours servir.

Classe I	Pulpes vivantes, sans symptomatologie, lésées accidentellement ou proche d'une carie ou d'une cavité profonde, susceptibles d'être protégées par coiffages.
Classe II	Pulpes vivantes avec symptomatologie dont on tentera (surtout chez les jeunes) de conserver la vitalité par coiffage ou bio-pulpotomie.
Classe III	Pulpes vivantes dont la biopulpectomie et l'obturation radiculaire immédiate sont indiquées pour des raisons symptomatologique, prothétique, iatrogène ou de pronostic.
Classe IV	Pulpes nécrosées avec, en principe, infection de la dentine radiculaire, accompagnée ou non de complications périapicales, exigeant un traitement canalaire antiseptique et une obturation apicale hermétique

Tableau 1.2 Classification de Baume (Baume et Fiore-Donno, 1962)

#### 1.3.2.2. Hyperesthésie dentinaire

L'hyperesthésie dentinaire ou hypersensibilité dentinaire est un syndrome douloureux causé par une exposition des collets des dents au milieu buccal ; par disparition de l'émail ou du ciment ; à la suite d'une carie, de maladie parodontale, d'usure (attrition, abrasion, érosion). L'air, le sucre, les variations thermiques ou le brossage provoquent une douleur aiguë localisée. Le traitement de cette douleur se fait par interruption de la transmission des stimuli à l'aide de traitement désensibilisant au nitrate de potassium par exemple. Il est aussi possible d'obturer les entrées des tubulis dentinaires par traitement chimique (dentifrices, gels et bains de bouches fluorés) ou physique (Composite ou CVI en cas de perte de substance dentinaire) (Perrin *et al*, 2005 ; Boucher et Pionchon, 2006).



### 1.3.2.3. Pulpites

En se basant sur la classification de Baume il est admis que l'on retrouve des pulpites réversibles et irréversibles. (Baume et Fiore Donno, 1962)

- La pulpite réversible :

Aussi appelée hyperhémie pulpaire, la pulpe est vivante et présente des signes d'inflammation légers. Elle correspond aux classe I et II de Baume. La douleur est localisée, provoquée et cesse à la suppression du stimulus. Elle est consécutive à un processus carieux entraînant une destruction des tissus de protection pulpaire; l'examen radiologique permet d'évaluer l'étendue de la cavité, la rétraction pulpaire, ainsi que l'absence de lésion périapicale. L'éviction carieuse, la mise en place d'un coiffage direct ou indirect, et la réalisation d'une obturation étanche permettent à la pulpe de retrouver un état physiologique. Une surveillance dans le temps doit être établie (Robinson *et al* 2001, Simon 2008, CNEOC 2012).

- La pulpite irréversible :

Aussi appelée « Rage de dent » dans le langage commun par les patients, inflammation irréversible de la pulpe, elle correspond à la classe III de Baume. La douleur est spontanée, localisée, pulsatile, lancinante, irradiante, exacerbée aux tests thermiques et le décubitus dorsal. Elle persiste à l'arrêt du stimulus. La dent est sensible à la percussion transversale. Elle peut être consécutive à un processus carieux profond, une restauration iatrogène, une fêlure ou fracture. L'examen radiologique apporte une aide dans la détermination de la dent causale, et des informations sur les particularités anatomiques de cette dent. Il est nécessaire de réaliser une biopulpectomie sous anesthésie (parfois difficile à obtenir) après pose d'un champ opératoire étanche et éviction totale des tissus carieux. En cas de délabrement coronaire important, une reconstitution pré-endodontique est réalisée à l'aide d'une bague de cuivre et de CVI. La dent peut être mise en sous occlusion (Roth, 1999 ; Robinson *et al*, 2001 ; Simon, 2008).

### 1.3.2.4. Syndrome du septum

Le septum interdentaire est inflammatoire, des douleurs faibles à intenses, continues ou pulsatiles et exacerbées par la pression masticatoire sont retrouvées. Le syndrome est causé par une

compression de l'espace inter-dentaire par un bourrage alimentaire, la présence de tartre, ou une restauration débordante. On retrouve une papille inter-dentaire tuméfiée, une palpation bidigitale douloureuse. Le traitement est étiologique, la restauration d'un point de contact efficace et un débridement de la zone aux ultrasons ainsi que l'application d'antiseptiques locaux peuvent être réalisés (Michel, 1997 ; Roth, 1999 ; Perrin *et al*, 2005).

#### 1.3.2.5. Flare-up

A la suite d'un traitement endodontique des douleurs peuvent être rencontrées, elles sont regroupées sous le terme « Flare-up » et sont d'origine mécanique ou chimique. Les causes mécaniques possibles sont une sur-instrumentation, un dépassement d'un cône de gutta percha ou un instrument fracturé dans la zone apicale. Les causes chimiques sont dues au passage d'irrigants dans le peri-apex.

Ces douleurs peuvent être traitées par des antalgiques de niveau 1 ou 2 et une surveillance doit être établie ainsi qu'un contrôle de l'occlusion (Siqueira, 2004 ; Boucher et Pionchon, 2006).

#### 1.3.3. Urgences traumatiques

Les traumatismes dentaires peuvent être classés selon l'importance de l'atteinte des tissus dentaires, la prise en charge diffère selon le volume de l'atteinte, le degré du préjudice pulpaire, la maturité de la dent et le délai d'action (Tab. 1.3). Ils constituent presque toujours une urgence nécessitant une prise en charge immédiate (Fig. 1.3).

### Classification des traumatismes dentaires

- Concussion
- Subluxation
- Luxation extrusive
- Luxation latérale
- Intrusion (Luxation intrusive)
- Expulsion (Luxation totale)
- Fracture non compliquée
- Fracture compliquée
- Fracture radiculaire
- Fracture de l'os alvéolaire
- Fracture des mâchoires

Tableau 1.3 Classification des traumatismes dentaires (d'après la classification de Flores *et al*, 2007)

Les tests de vitalité sont peu fiables le jour du traumatisme et souvent négatifs, il est indispensable de les réitérer lors de contrôles ultérieurs pour poser un diagnostic pulpaire (Flores *et al*, 2007).

Face aux urgences traumatiques et en absence d'une possibilité de consultation immédiate, les patients peuvent parfois se rendre dans une officine de pharmacie, pour avoir un conseil ou demander un médicament.



Figure 1.3 Différents types de traumatismes bucco-dentaire nécessitant une prise en charge urgente

#### 1.3.3.1. Luxations

Les luxations sont d'ampleurs variables, la conduite à tenir et le pronostic sont définis par l'importance du déplacement suite au traumatisme. (Tab. 1.4).

Dans les cas de luxation des dents temporaires, le contrôle radiographique permet d'évaluer la position par rapport au germe sous-jacent. En cas de proximité trop importante la dent temporaire est extraite. Des réserves sont à émettre sur l'état futur de la dent définitive (Malformation, malposition, retard d'éruption, esthétique...).

Chez le jeune une revascularisation est possible. Dans les cas où l'apex est fermé la revascularisation est peu probable. En cas de nécrose, le traitement endodontique doit être réalisé dans les semaines suivant le traumatisme, avec des phases de médication intracanalair (ex. l'hydroxyde de calcium) si nécessaire afin de prévenir une résorption initiée par une infection.

Dans tous les cas, une alimentation molle est mise en place, une prescription d'antalgiques adaptés à l'âge et au poids du patient, un brossage doux, ainsi que des bains de bouche à la chlorhexidine durant 1 semaine. Une surveillance est mise en place à 2 semaines, 4 semaines, 8 semaines, 6 mois, 1 an et puis tous les ans (Tardif *et al*, 2004 ; Flores *et al*, 2007 ; IADT, 2010).

	Concussion	Subluxation	Luxation Extrusive	Luxation Latérale	Intrusion
Déplacement et mobilité	Aucun	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun déplacement</li> <li>- Légère augmentation de la mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplacement partiel hors de l'alvéole, rétrusion ou protrusion associée</li> <li>- Mobilité importante</li> <li>- Occlusion perturbée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplacement de la dent autre qu'axial. Le déplacement est accompagné d'une compression ou fracture de l'os</li> <li>- Pas de mobilité</li> <li>- Occlusion perturbée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplacement axial de la dent à l'intérieur de l'alvéole. Le déplacement est accompagné d'une compression ou fracture de l'os</li> <li>- Pas de mobilité</li> <li>- Dent courte ou disparue</li> </ul>
Image radiologique	Aucun déplacement	Aucun déplacement	Élargissement du ligament parodontal	Élargissement du ligament parodontal d'un côté et disparition de l'autre	Disparition du ligament sur tout ou une partie de la racine
Sensibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs faibles, exacerbées à la percussion</li> <li>- Vitalité parfois négative transitoirement</li> <li>- Sensation de dent longue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs légères, exacerbées à la percussion</li> <li>- Vitalité parfois négative transitoirement</li> <li>- Sensation de dent longue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs à la mobilisation</li> <li>- Sensation de dent longue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de douleurs</li> <li>- Son métallique à la percussion, sans douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de douleurs</li> <li>- Son métallique à la percussion, sans douleur</li> </ul>
Remise en place et contention	Aucune	Souple durant 2 semaines, si mobilité gênante	Souple durant 2 semaines après repositionnement de la dent dans son alvéole	Souple durant 4 semaines après repositionnement de la dent dans son alvéole	voir tableau 1.3.3.3
Traitement Endodontique	Nécrose rare	Si nécrose avérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si nécrose avérée, avec phase d'hydroxyde de calcium</li> <li>- Apexification si dent immature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si nécrose avérée, avec phase d'hydroxyde de calcium</li> <li>- Apexification si dent immature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si nécrose avérée, avec phase d'hydroxyde de calcium</li> <li>- Apexification si dent immature</li> </ul>

Tableau 1.4 Prise en charge en urgence des luxations alvéolo-dentaires (Tardif et al, 2004 ; Grubwieser et al, 2006 ; Flores et al, 2007 ; IADT, 2010).

Dans le cas particulier de l'intrusion, la remise en place de la dent sur l'arcade dentaire peut se faire de façon spontanée (abstention thérapeutique), orthodontique (différé dans le temps) ou chirurgicale. Les critères de choix sont la profondeur de l'impaction et le stade de maturation de la dent.

Si au bout de quelques semaines d'abstention thérapeutique il n'y a aucun mouvement, il faudra recourir au remplacement orthodontique ou chirurgical avant le développement d'une ankylose

(IADT, 2010) (Tab 1.5.)

	Degré d'intrusion	Repositionnement		
		Spontané	Orthodontique	Chirurgical
Apex ouvert	jusqu'à 7mm	x		
	Plus de 7mm		x	x
Apex fermé	Jusqu'à 3mm	x		
	De 3 à 7mm		x	x
	Plus de 7mm			x

Tableau 1.5 Intrusion et remise en place de la dent sur l'arcade dentaire (IADT, 2010)

#### 1.3.3.2. Expulsion

C'est une luxation totale de la dent hors de son alvéole, c'est le plus grave des traumatismes dentaires et constitue une véritable urgence odontologique nécessitant une prise en charge très rapide. La conduite à tenir et le pronostic sont définis par les circonstances du traumatisme, le délai de prise en charge, la méthode de conservation de la dent ainsi que son stade d'évolution.

Dans tous les cas il ne faut jamais effectuer de réimplantation des dents temporaires sous peine de léser le germe sous-jacent (Andreasen *et al*, 2007).

Si la dent n'est pas retrouvée le praticien effectue un nettoyage de la plaie et une prescription antalgique. Si la dent est retrouvée, elle peut être remise en place immédiatement dans son alvéole ou conservée dans un milieu adéquat : sérum physiologique, lait, salive du patient, milieu HBBS (Hank's Balanced Salt Solution) en attendant le rendez vous en urgence chez le praticien.

En fonction de ces différents paramètres l'IADT (International Association for Dental Traumatology) a édité des recommandations quant à la prise en charge. Dans chacun des cas une prescription antalgique adaptée peut être mise en place, et la vaccination antitétanique doit être vérifiée.

– Dent permanente à apex fermé (Tab. 1.6) :

	Apex fermé, réimplantation avant la consultation	Apex fermé, consultation dans l'heure ou conservation dans milieu adéquat	Apex fermé, consultation après 1h ou conservation à sec
Nettoyage et préparation de la surface dentaire	Non	Au sérum physiologique en jet et en bain pour éliminer les cellules nécrosées	Élimination des tissus nécrotiques avec une compresse
Prise en charge de la zone lésée	Nettoyage à la chlorhexidine, sutures si nécessaire	Nettoyage de l'alvéole au sérum physiologique, sutures si nécessaire	Nettoyage de l'alvéole au sérum physiologique, sutures si nécessaire
Réalisation d'une contention	attelle souple durant 2 semaines	attelle souple durant 2 semaines	attelle souple durant 4 semaines
Réalisation du traitement endodontique	Entre 7 et 10j après réimplantation, avec médication intracanalair à l'hydroxyde de calcium pendant 1 mois	Entre 7 et 10j après réimplantation, avec médication intracanalair à l'hydroxyde de calcium pendant 1 mois	Extra oral ou entre 7 et 10j après réimplantation, avec médication intracanalair à l'hydroxyde de calcium pendant 1 mois
Conseils	Alimentation molle jusqu'à 2 semaines et en fonction normale le plus rapidement ensuite, brossage doux, bain de bouche chlorhexidine	Alimentation molle jusqu'à 2 semaines et en fonction normale le plus rapidement ensuite, brossage doux, bain de bouche chlorhexidine	Alimentation molle jusqu'à 2 semaines et en fonction normale le plus rapidement ensuite, brossage doux, bain de bouche chlorhexidine
Prescriptions médicamenteuses	Atb/7jrs : enfant : pénicilline 50mg/kg/j, Adulte : tétracyclines 200mg/j	Atb/7jrs : enfant : pénicilline 50mg/kg/j, Adulte : tétracyclines 200mg/j	Atb/7jrs : enfant : pénicilline 50mg/kg/j, Adulte : tétracyclines 200mg/j
Contrôles post- opératoires	À 2 semaines, 4 semaines, 3 mois, 6 mois, un an, puis tous les ans	À 2 semaines, 4 semaines, 3 mois, 6 mois, un an, puis tous les ans	À 2 semaines, 4 semaines, 3 mois, 6 mois, un an, puis tous les ans
Pronostic			faible à long terme, fort risque de résorption

Tableau 1.6 Prise en charge des dents expulsées à apex fermés (Flores et al, 2007 ; IADT, 2012)

- Dent immature, à apex ouvert (Tab. 1.7).

	Apex ouvert, réimplantation avant la consultation	Apex ouvert, consultation dans l'heure ou conservation dans milieu adéquat	Apex ouvert consultation après 1h ou conservation à sec
Nettoyage et préparation de la surface dentaire	Non	Au jet de sérum physiologique (bain de doxycycline ou minocycline 1mg/20ml pendant 5min si disponible)	Élimination des tissus nécrotiques avec une compresse
Prise en charge de la zone lésée	Nettoyage à la chlorhexidine, sutures si nécessaire	Nettoyage de l'alvéole au sérum physiologique, sutures si nécessaire	Nettoyage de l'alvéole au sérum physiologique, sutures si nécessaire
Réalisation d'une contention	attelle souple durant 2 semaines	attelle souple durant 2 semaines	attelle souple durant 4 semaines
Réalisation du traitement endodontique	Après surveillance de la vitalité pulpaire sur dent très immature et si nécrose avérée. Évaluation du risque de résorption et des chances de revascularisation, si dent un peu plus mature.	Après surveillance de la vitalité pulpaire sur dent très immature et si nécrose avérée. Évaluation du risque de résorption et des chances de revascularisation, si dent un peu plus mature.	Extra oral ou entre 7 et 10j après réimplantation, avec médication intracanal à l'hydroxyde de calcium pendant 1 mois
Conseils	Alimentation molle jusqu'à 2 semaines et en fonction normale le plus rapidement ensuite, brossage doux, bain de bouche chlorhexidine	Alimentation molle jusqu'à 2 semaines et en fonction normale le plus rapidement ensuite, brossage doux, bain de bouche chlorhexidine	Alimentation molle jusqu'à 2 semaines et en fonction normale le plus rapidement ensuite, brossage doux, bain de bouche chlorhexidine
Prescriptions médicamenteuses	Atb/7jrs : enfant : pénicilline 50mg/kg/j, Adulte : tétracyclines 200mg/j	Atb/7jrs : enfant : pénicilline 50mg/kg/j, Adulte : tétracyclines 200mg/j	Atb/7jrs : enfant : pénicilline 50mg/kg/j, Adulte : tétracyclines 200mg/j
Contrôles post- opératoires	Cliniques et radiographiques à 4 semaines, 3 mois, 6 mois, un an, puis tous les ans	Cliniques et radiographiques à 4 semaines, 3 mois, 6 mois, un an, puis tous les ans	Cliniques et radiographiques à 4 semaines, 3 mois, 6 mois, un an, puis tous les ans
Pronostic	réservé	réservé	faible à long terme, fort risque de résorption

Tableau 1.7 Prise en charge des dents expulsées à apex ouverts (Flores et al, 2007 ; IADT, 2012)



### 1.3.3.3. Fractures

Dans les cas de fractures des clichés radiologiques sous différents angles sont réalisés afin d'évaluer les zones de fractures, leurs positions et importances (Roth, 1999).

- Fêlure :

Considérée comme le 1er stade de la fracture, il n'y a pas de perte tissulaire mais une sensibilité thermique peut-être présente. La mise en évidence se fait par transillumination. En cas de sensibilité des vernis fluorés peuvent être appliqués. Une surveillance clinique et radiologique est mise en place (Tardif *et al*, 2004).

- Fracture non compliquée (sans exposition pulpaire) :

La perte tissulaire peut être limitée à l'émail, amélo-dentinaire ou corono-radiculaire. Une sensibilité au froid peut être retrouvée. La vitalité est conservée mais peut transitoirement suite au traumatisme donner un test de vitalité négatif (phase de sidération pulpaire) et est à réévaluer ultérieurement. Le traitement consiste en un polissage en cas de perte minime, ou une reconstitution coronaire fonctionnelle et esthétique. Un coiffage indirect est réalisé en cas de proximité pulpaire. Dans les cas où la fracture est importante et en fonction du volume et de la position du fragment extrait et des structures résiduelles le choix se porte entre la reconstitution au composite, une élévation coronaire, une traction orthodontique suivie d'une couronne, ou de l'extraction si la dent est trop délabrée (Tardif *et al*, 2004 ; Flores *et al*, 2007 ; IADT, 2010).

- Fracture compliquée (avec exposition pulpaire) :

La perte tissulaire concerne les tissus amélo-dentinaire ou corono-radiculaire, la pulpe est à nue, généralement mise en évidence par un petit point sanglant. La vitalité est conservée et la dent peut être très algique ou transitoirement suite au traumatisme donner un test de vitalité négatif (phase de sidération pulpaire) et est à réévaluer ultérieurement.

Le traitement dépend de la taille et du temps d'exposition pulpaire, ainsi que du stade de maturité de la dent (Tab. 1.8). En cas de fracture d'une dent temporaire, selon son stade d'évolution la dent est extraite, ou une biopulpotomie réalisée. Dans les cas de coiffage pulpaire direct, la vitalité pulpaire

est à réévaluer régulièrement.

	Coiffage	Traitement Endodontique
Dent à apex fermé, exposition au milieu buccal inférieure à 3h <u>et</u> inférieure à 1mm de diamètre	coiffage direct au MTA© (Mineral Trioxide Aggregate), à l'hydroxyde de calcium ou à l'aide d'un substitut dentinaire (Biodentine©)	Si nécrose avérée à surveillance post-opératoire
Dent à apex fermé, exposition au milieu buccal supérieure à 3h <u>ou</u> supérieure à 1mm de diamètre	Non recommandé	Biopulpectomie
Dent à apex ouvert, exposition au milieu buccal inférieure à 48h <u>et</u> inférieure à 1mm de diamètre	coiffage direct au MTA© (Mineral Trioxide Aggregate), à l'hydroxyde de calcium ou à l'aide d'un substitut dentinaire (Biodentine©)	Si nécrose avérée à surveillance post-opératoire
Dent à apex ouvert, exposition au milieu buccal inférieure à 48h <u>et</u> supérieure à 1mm de diamètre	Non recommandé	Biopulpotomie et apexogénèse
Dent à apex ouvert, exposition au milieu buccal supérieure à 48h	Non recommandé	Biopulpectomie, et apexification

Tableau 1.8 Prise en charge des fractures dentaires avec exposition pulpaire (Flores *et al*, 2007 ; IADT, 2010)

#### – Fracture radiculaire

Fracture concernant dentine, cément et pulpe se limitant à la racine. L'examen radiographique permet d'évaluer la position du trait de fracture. Il y a une sensibilité à la percussion, la vitalité peut être conservée, les test de vitalité sont parfois négatifs (phase de sidération) et sont à réaliser ultérieurement. La mobilité dépend du niveau du trait de fracture. Si le choix est fait de conserver la dent, il faut replacer le morceau fracturé, s'assurer de sa position avec un contrôle radiographique et réaliser une contention souple pendant une période de 4 semaines à 4 mois (en cas de fracture proche de la limite cervicale). Des contrôles réguliers de la vitalité pulpaire sont réalisés. En cas de nécrose, le traitement canalaire est réalisé jusqu'au trait de fracture (Tardif *et al*, 2004 ; Flores *et al*, 2007 ; IADT, 2010).

#### – Fracture alvéolaire

Fracture des procès alvéolaires concernant ou non les alvéoles dentaires. Le bloc fracturé ainsi que les dents concernées bougent en groupe. Des lésions des tissus mous, des douleurs, et parfois des hypoesthésies sont retrouvées. L'examen radiographique permet d'évaluer les limites et l'importance de la fracture. Une gêne occlusale est souvent retrouvée en fonction du déplacement. Le traitement consiste à remettre en place en force le fragment fracturé et de réaliser une contention souple qui restera en place 4 à 6 semaines. La vitalité des dents concernées est évaluée et en cas de nécrose (fréquente) le traitement canalaire est réalisé. Une alimentation molle, un brossage doux et des bains de bouche à la chlorhexidine sont mis en place. Des contrôles sont à réaliser à 2 semaines, 4 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an, puis tous les ans (Tardif *et al*, 2004 ; Flores *et al*, 2007 ; IADT, 2012).

#### – Fracture des maxillaires

Fracture concernant l'os basal de la mandibule ou du maxillaire, souvent en association avec l'os alvéolaire. Un déplacement et une mobilité des bases osseuses ainsi qu'une gêne occlusale sont souvent présentes. Des lésions des tissus mous, des douleurs, et parfois des hypoesthésies sont retrouvées. L'examen radiographique permet d'évaluer les limites et l'importance de la fracture. Le traitement consiste à remettre en place en force le fragment fracturé et de réaliser une contention qui restera en place 4 à 6 semaines. En cas de fracture plus importante, le patient est pris en charge par les ORL qui réalisent des ligatures intermaxillaires, ou une réduction chirurgicale de la fracture et une contention à l'aide de plaques. La vitalité des dents concernées est évaluée et en cas de nécrose (fréquente) le traitement canalaire est réalisé. Une alimentation molle, un brossage doux et des bains de bouche à la chlorhexidine sont mis en place. Des contrôles sont à réaliser à 2 semaines, 4 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an, puis tous les ans (Tardif *et al*, 2004 ; Flores *et al*, 2007 ; IADT, 2012).

#### 1.3.4. Urgences de la muqueuse buccale

Face aux urgences de la muqueuse buccale, les patients peuvent parfois se rendre dans une officine pour avoir des conseils ou demander un médicament.

##### – Traumatisme des tissus mous

Lors d'un traumatisme les tissus mous de la cavité buccale (Joues, langue, lèvres, palais, voile du palais) peuvent être lésés. L'inspection doit être rigoureuse afin de ne pas laisser de corps étrangers dans les plaies. Il est possible de réaliser une radiographie afin d'éliminer une éventuelle impaction.

Les plaies doivent être nettoyées soigneusement sous anesthésie locale, désinfectées et suturées si cela est nécessaire. Des antalgiques, bains de bouches à la chlorhexidine et anesthésiques locaux peuvent être prescrit au patient, un contrôle est réalisé à 8 jours avec dépose des fils (Roth, 1999 ; Tardif *et al*, 2004).

##### – Hémorragie

L'hémorragie est une vraie urgence qui nécessite d'être prise en charge rapidement et efficacement.

Il s'agit d'un saignement anormal de par sa durée ou son intensité. L'hémorragie peut être de cause locale (traumatique ou post chirurgical) ou générale (saignement spontané et trouble de l'hémostase).

L'interrogatoire permet de définir l'origine et la cause de l'hémorragie afin de la prendre en charge rapidement et efficacement (Cavaillon *et al*, 1988 ; Robinson *et al*, 2001 ; Grubwieser *et al*, 2006).

Le praticien doit trouver l'origine de l'hémorragie, si il s'agit d'un saignement postextractionnel la zone est révisée sous anesthésie et un contrôle radiologique réalisé. Une éponge hémostatique résorbable est disposée dans l'alvéole et des sutures berges à berges réalisées. Une compression peut être réalisée à l'aide d'un antifibrinolytique, type acide tranexamique (Exacyl®). En cas de troubles sévères de l'hémostase (d'origine pathologique ou médicamenteuse) le praticien peut effectuer une compression à l'acide tranexamique et adresser le patient aux services hospitaliers les plus proches (Robinson *et al*, 2001 ; Descroix et Yakuzawa, 2005 ; Perrin *et al*, 2005).

### 1.3.5. Algies de la face

Il existe différents types de douleurs amenant le patient à les considérer comme d'origine dentaire et qui peuvent mener à des consultations en urgences. On retrouve les algies vasculaires de la face et les névralgies du trijumeau (Nerf V3). Le diagnostic différentiel avec les douleurs dentaires est difficile.

- Les algies vasculaires

Elles sont présentes sur un terrain de céphalées. La douleur, d'intensité forte, est pulsatile et apparaît par phase, plusieurs fois au cours de la journée, à heures fixes, sur des durées de 30 minutes à 2 heures. Entre deux phases de crises on retrouve des périodes de rémanences avec absence totale de douleurs. Différents traitement existent : la prise d'antimigraineux, du sumatriptan (en sous cutané, ou une oxygénothérapie (6L/min/15minutes) (Muster, 2002 ; Descroix et Yasukawa, 2005 ; Thiery *et al*, 2007).

- Les névralgies du nerf trijumeau

Retrouvées le plus souvent chez le patient de plus de 50ans, de sexe féminin, la douleur est intense, brève, paroxystique, semblable à des décharges électriques, concerne uniquement une hémiface, siège sur le territoire du nerf trijumeau et diminue spontanément. Elles sont déclenchées par le contact sur une zone gâchette (Trigger zone). Une période réfractaire suit la crise. Le traitement d'urgence consiste en la prise d'anti-épileptiques (Carbamazépine : Tegretol©, Rivotril©) (Muster, 2002 ; Descroix et Yasukawa, 2005 ; Thiery *et al*, 2007).

### 1.3.6. Urgences de l'appareil manducateur

- Trismus

Le trismus est défini comme une limitation passagère de l'ouverture buccale, récente et transitoire.

Il correspond à une ouverture inférieure à 35mm chez l'adulte (normale à 40mm). Les étiologies sont nombreuses et dans 95% des cas d'origine locale : traumatisme de la face, infiltration

carcinomateuse ou processus infectieux. Les causes générales sont moins fréquentes et peuvent être d'origine infectieuse, neurologique ou médicamenteuse. L'étiologie générale la plus retrouvée est le tétanos, la vaccination doit être vérifiée. Le trismus est levé par suppression de la cause.

En cas de trismus d'origine infectieuse de cause dentaire, le traitement étiologique peut nécessiter la réalisation d'une anesthésie locorégionale par la technique d'Akinosi qui se réalise bouche fermée (Toledo et Descroix, 2010).

- Capsulite

Il s'agit d'une inflammation de l'articulation temporo mandibulaire, elle fait suite à un traumatisme direct ou indirect (choc ou mastication) Elle provoque une douleur sur l'une des deux articulations et augmente à la fonction. Le traitement consiste en la diminution des sollicitations sur l'articulation douloureuse et la prescription d'anti inflammatoire non stéroïdiens pendant 2 semaines (Perrin *et al*, 2005 ; Toledo et Descroix, 2010).

- Déplacement discal réductible

Il survient à la suite d'un traumatisme ou chez les patients présentant une mauvaise posture lors du sommeil, une occlusion permanente des arcades dentaires, une mastication unilatérale. A l'examen clinique on retrouve des bruits articulaires et une déviation sur le trajet d'ouverture-fermeture. Il faut protéger l'articulation à l'aide d'une orthèse occlusale, des anti-inflammatoire non stéroïdiens peuvent être prescrit pour 10jours. Une rééducation est recommandée (Perrin *et al*, 2005 ; Toledo et Descroix, 2010).

- Déplacement discal irréductible

Il apparaît à la suite d'un traumatisme ou fait suite à un déplacement discal réductible. Le patient présente une limitation importante de l'ouverture buccale, la douleur est vive lors du mouvement, il n'y a plus de bruits articulaires. On retrouve une déflexion à l'ouverture du côté de la lésion.

Si le déplacement fait suite à un traumatisme récent, la réduction sera réalisée. Dans les autres cas, un traitement symptomatique sera mis en place, associé à des AINS (Perrin *et al*, 2005 ; Toledo et Descroix, 2010).

- Luxation condylienne réductible

Blocage bouche ouverte, un ou les deux condyles mandibulaires sont bloqués en avant de l'éminence articulaire du temporal. Il survient à la suite d'un traumatisme, ou d'une ouverture buccale forcée ou prolongée comme lors de soins dentaires. En cas de luxation unilatérale on retrouve une déviation du côté sain. La luxation est réduite par la manœuvre de Nélaton suivie d'une prescription d'anti inflammatoire d'AINS et myorelaxant pendant 48h (Perrin *et al*, 2005 ; Toledo et Descroix, 2010).

- Fracture condylienne

Le plus souvent dues à un choc frontal au niveau de la symphyse mentonnière. Le patient présente une limitation de l'ouverture buccale ainsi qu'une déviation en cas de fracture unilatérale. Des douleurs sont retrouvées dans la zone pré-tragienne. Le diagnostic est réalisée à l'aide d'un orthopantomogramme et la prise en charge doit être précoce pour limiter le risque d'ankylose (Perrin *et al*, 2005).

Dans tous les cas ou situations d'urgence odontologique évoqués précédemment et en absence de la possibilité d'une consultation médicale immédiate, le patient peut éventuellement avoir recours à une pharmacie, cherchant des conseils, ou un soulagement par voie médicamenteuse.

## **Chapitre 2. LES URGENCES ODONTOLOGIQUES EN OFFICINE DE PHARMACIE**

### **2.1. Introduction**

En France, il y a trois types de structure conçue pour accueillir les patients pour des urgences odontologiques : les cabinets dentaires de ville, les centres de santé et les services d'odontologie des centres hospitaliers civils ou militaires.

Bien que les urgences bucco-dentaires, comme nous avons pu le voir dans la première partie, nécessitent une prise en charge spécialisée, avec la réalisation de gestes techniques et des prescriptions médicamenteuses adaptées par un chirurgien-dentiste, les patients se tournent parfois vers d'autres moyens : l'automédication, ou d'autres structures de santé (cabinets de médecine générale, urgences médicales, officines de pharmacies).

L'automédication est l'utilisation hors prescription médicale par des personnes de leur propre initiative de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens.

D'après l'APNET (Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique) (APNET 1998) peut considérer qu'il existe cependant deux types d'automédication. Une première concerne les substances de PMF (Prescription Médicale Facultative) qui peuvent être délivrées au patient sans ordonnance (mais peuvent aussi être prescrites et ainsi donner lieu à un remboursement). Ces médicaments représentent environ 20% des ventes totales en France et concernent des molécules qui ne présentent pas de danger si l'utilisateur respecte les indications thérapeutiques et même sans contrôle médical (APNET 1998). Sur ce type d'automédication, il y a une intervention du pharmacien qui se retrouve entre le patient et le médicament.

La deuxième consiste à prélever dans la pharmacie familiale les résidus des médicaments non consommés prescrits antérieurement au malade ou un membre de la famille pour le même symptôme ou un symptôme que le patient considère comme équivalent.

Cette deuxième forme d'automédication est plus dangereuse car elle peut concerner des molécules moins anodines et dont l'usage inapproprié peut être dangereux, d'autant plus qu'il n'y a aucune intervention d'un professionnel de santé.

Les pharmaciens sont confrontés à ces deux recours des patients en cas d'absence de consultation chez un chirurgien-dentiste puisqu'ils sont à la fois une structure de santé de proximité vers laquelle les patients vont se tourner pour des conseils et le lieu de vente des médicaments à PMF.

Ainsi de nombreux patients se présentent directement dans les officines de pharmacie pour des urgences bucco-dentaires douloureuses sans avoir pris (ou sans avoir pu prendre) un avis médical en



premier lieu. Il existe peu d'études évaluant le rôle des pharmaciens dans la gestion des urgences dentaires (Maunder et Landes, 2005 ; Priya *et al*, 2008). Chesstnutt (Chesstnutt *et al*, 1998) a souligné leur rôle stratégique dans la prise en charge des patients en situation d'urgences, tout en notant certaines lacunes dans leurs connaissances.

Il nous a semblé intéressant de réaliser une étude auprès des pharmaciens bretons afin de mieux appréhender leurs actions et les difficultés qu'ils rencontrent dans la gestion des urgences dentaires algiques.

## **2.2. Objectif**

L'objectif de ce travail a été d'obtenir une vue d'ensemble du quotidien des pharmaciens face aux urgences bucco-dentaires.

## **2.3. Matériel et méthodes**

Nous avons réalisé une analyse transversale sur un échantillon des pharmacies bretonnes. En Bretagne, il y avait au 1er janvier 2014, 3378 pharmaciens avec une densité de 105 (105 pharmaciens pour 100000 habitants) (Document DEMOPS, ARS 2014). Nous avons cherché à contacter par courrier électronique l'ensemble des pharmacies bretonnes avec l'aide du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens. D'après le site internet de l'ONP (Ordre National des Pharmaciens) la Bretagne compte 1118 officines. Le CROPB (Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Bretagne) a pu envoyer un courrier électronique à 1081 d'entre elles, dont seulement 45,5% ont ouvert le courriel. Les pharmaciens étant parfois plusieurs par officine et n'ayant pas les mêmes horaires et connaissances, il a été laissé la possibilité à plusieurs pharmaciens de la même officine de répondre. Nous avons reçu 59 réponses.

Les données concernant la situation des officines, le nombre estimé de patient vus, les demandes des patients, les moyens et méthodes d'intervention des pharmaciens, ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire en ligne réalisé à l'aide de l'application Google Docs® de Google Inc. (Mountain View, CA, États-Unis). Le questionnaire comprend 16 questions. 9 fermées, 4 semi-fermées et 3 ouvertes. Dans le cas des questions nécessitant un classement, les réponses sont placées de façon aléatoire à chaque fois que le questionnaire est généré afin de ne pas influencer le choix.

L'analyse des résultats a été réalisée à l'aide de l'application Google Sheets® de Google Inc. et du logiciel Excel® de Microsoft Corporation (Redmond, WA, États-Unis)

## 2.4. Résultats

### 2.4.1. Communes d'exercice

Nous avons classé les communes sur lesquelles se trouvent les officines en 4 catégories de population : inférieure à 2000 habitants, entre 2000 et 10000 habitants, entre 10000 et 50000 habitants et plus de 50000 habitants.

Nous avons reçu (Fig. 2.1) :

- 9 réponses d'officines sur des communes de moins de 2000 habitants
- 34 réponses d'officines sur des communes de 2 à 10 000 habitants
- 7 réponses d'officines sur des communes de 10 à 50 000 habitants
- 9 réponses d'officines sur des communes de plus de 50 000 habitants

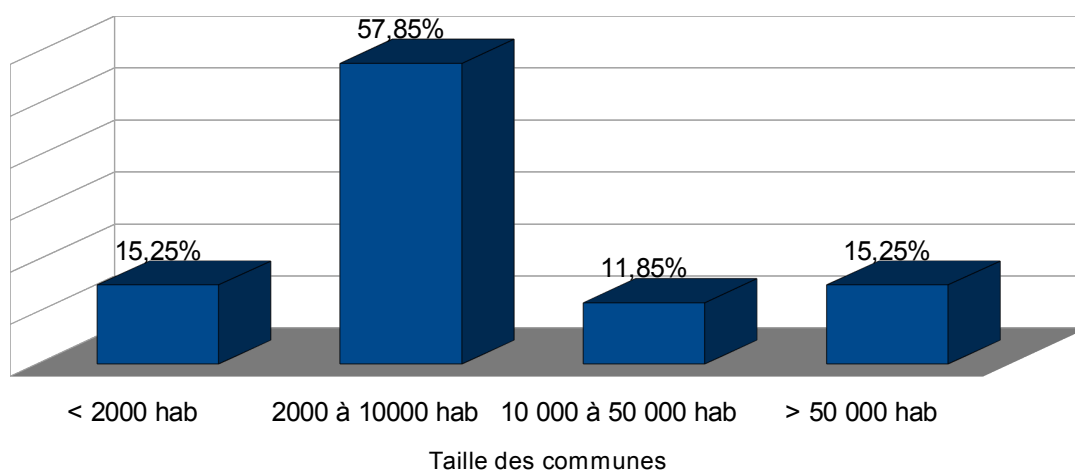


Figure 2.1 Répartition des officines de pharmacies de l'étude en fonction de la taille des communes

Ces chiffres peuvent être mis en parallèle avec les chiffres du recensement de 1999 (Insee, 1999) et qui permettent d'établir une répartition de la taille des communes en Bretagne (Fig. 2.2).

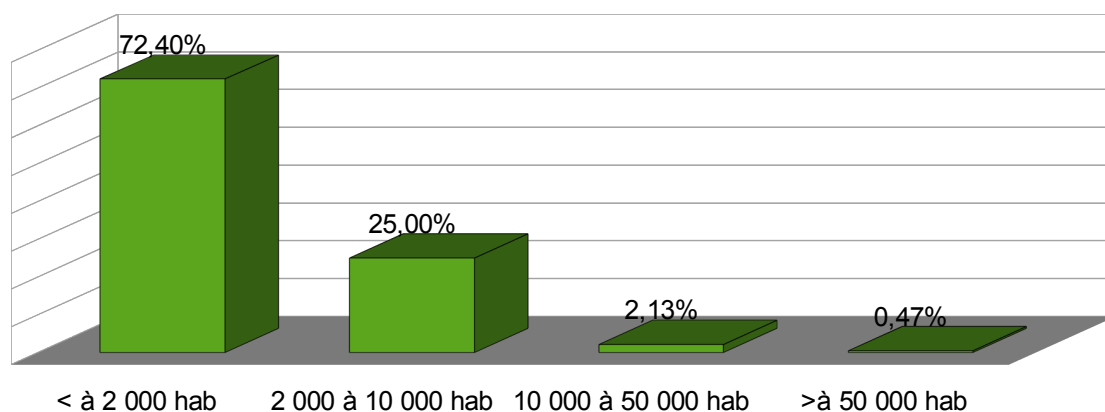


Figure 2.2 Taille des communes en Bretagne (Insee, 1999)

#### 2.4.2. Présence de cabinets médicaux ou dentaires

Nous avons demandé aux pharmaciens si un ou plusieurs cabinets médicaux ou dentaires sont présents sur leur commune d'exercice.

35 pharmacies ont dans leur commune plusieurs cabinets médicaux, 23 un seul, et une seule officine se trouve dans une ville dépourvue de cabinet médical (Fig. 2.3).

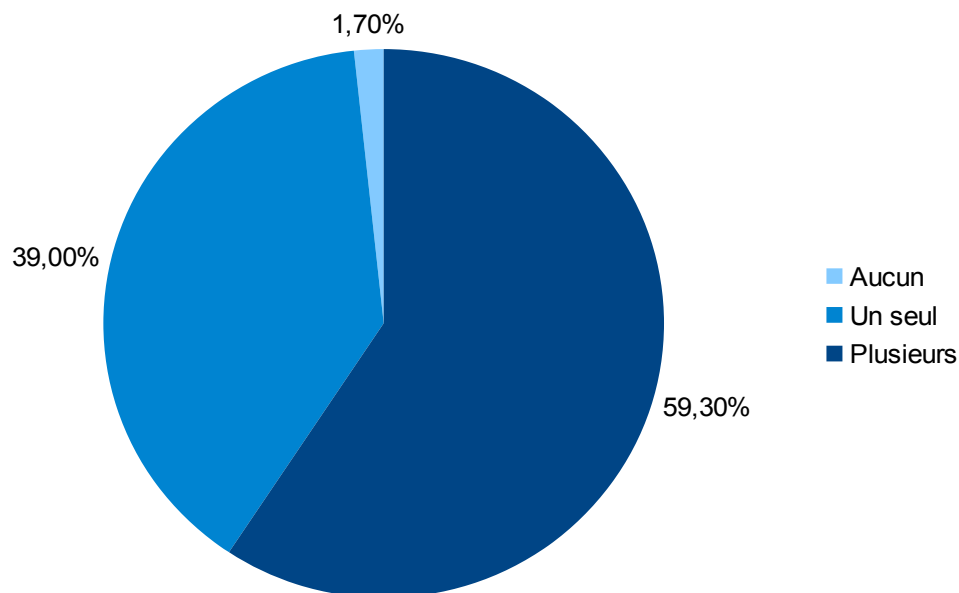


Figure 2.3 Présence de cabinets médicaux sur la commune de l'officine

En ce qui concerne les cabinets dentaires, 33 pharmacies ont dans leur commune plusieurs cabinets, 16 un seul et 10 n'en ont aucun (Fig 2.4).

Sur ces 10 communes n'ayant pas de cabinet dentaire, 7 sont des villes de moins de 2000 habitants et 3 sont des villes entre 2000 et 10 000 habitants.

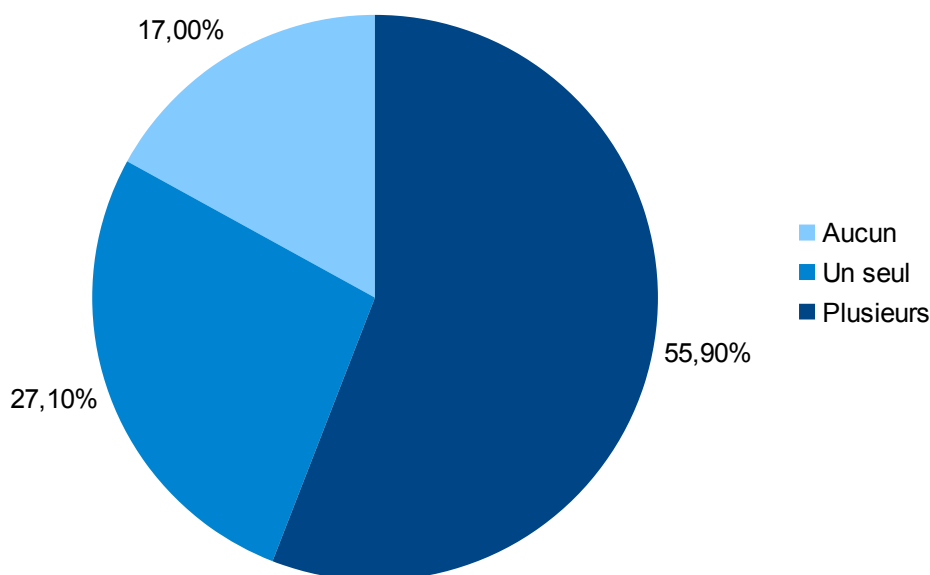


Figure 2.4 Présence de cabinets dentaires sur la commune de l'officine

Seules 3 communes ayant plusieurs cabinets dentaires n'ont qu'un seul cabinet médical.

#### 2.4.3. Nombre de patients reçus par semaine pour motifs bucco-dentaires

Nous avons demandé aux pharmaciens à combien de patients par semaine ils estiment le nombre de personnes qui se rendent dans leur officine pour motifs bucco-dentaires (douleurs, infections, conseils en hygiène,...) en consultation spontanée (sans avis médical ou/et sans ordonnance médicale).

Des intervalles de réponses étaient proposées de zéro à plus de 15, la répartition donne (Fig 2.5) :

- aucun : 0 réponse.
- de 1 à 5 patients : 19 réponses.
- de 5 à 10 patients : 18 réponses.

- de 10 à 15 patients : 10 réponses.
- plus de 15 patients : 12 réponses.

11 des 12 pharmacies (91,66%) recevant plus de 15 personnes par semaine se situent sur des communes disposant de plusieurs cabinets dentaires.

6 de ces 12 pharmacies (50%) se situent sur des communes entre 2 et 10 000 habitants, 4 sur 12 (33,33%) sur des communes de plus de 50 000 et 2 sur 12 (16,67%) sur des communes entre 5 et 10 000 habitants.

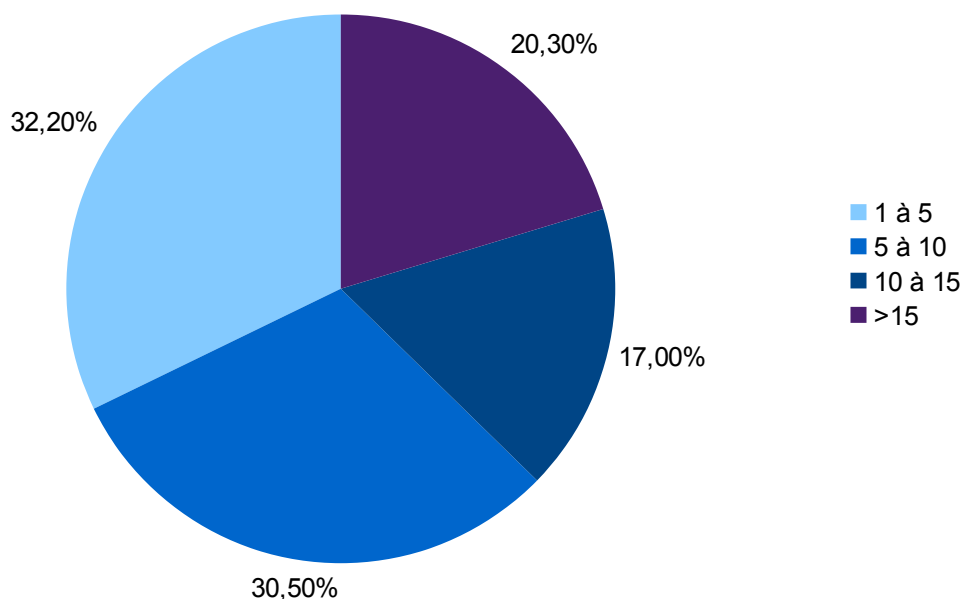


Figure 2.5 Nombre de patients reçus par semaine en officine

#### 2.4.4. Motifs de consultation

Les motifs de consultation pour raisons bucco-dentaires peuvent être variés, nous avons demandé aux pharmaciens de classer plusieurs d'entre eux en fonction de leur fréquence.

Le classement devait se faire de 1 à 5 entre les douleurs, tuméfactions, conseils d'hygiène bucco-dentaire, recherche d'un professionnel de santé et une réponse « autres » qui demandait des précisions. Il était possible de mettre plusieurs motifs à égalité ou de ne pas en classer certains (Fig. 2.6, 2.7, 2.8 et 2.9).

	Numéro 1	Numéro 2	Numéro 3	Numéro 4	Numéro 5	NSP
Douleurs	71,19%	10,17%	1,70%	5,08%	11,86%	0,00%
Tuméfactions	5,08%	44,07%	32,20%	16,95%	1,70%	0,00%
Conseils HBD	13,56%	27,12%	44,07%	10,17%	5,08%	0,00%
Adresse pro santé	6,78%	18,64%	16,95%	42,37%	13,56%	1,70%
Autres	6,78%	5,08%	1,70%	1,70%	16,95%	67,79%
	103,39%	105,08%	96,62%	76,27%	49,15%	69,49%

Figure 2.6 Classement des motifs de consultations pour raisons bucco-dentaires

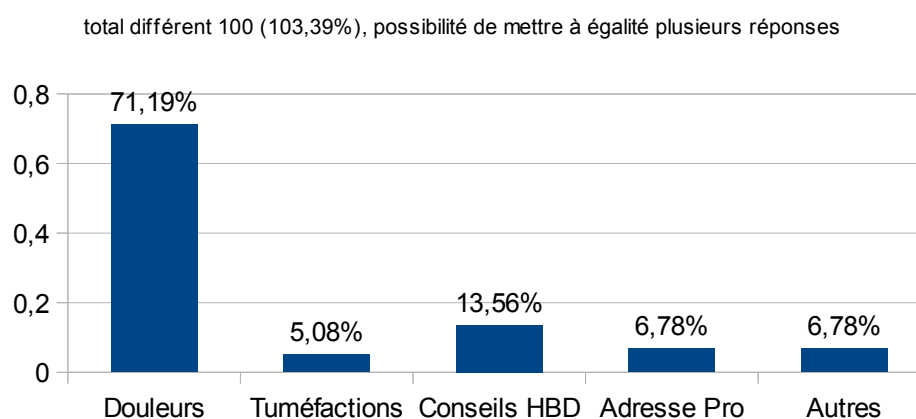


Figure 2.7 Motif de consultation le plus fréquent.

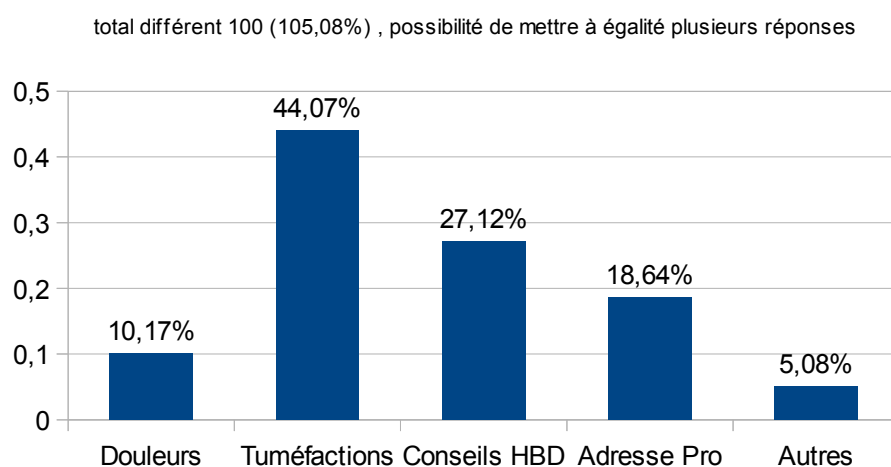


Figure 2.8 Motif de consultation classé 2<sup>e</sup>

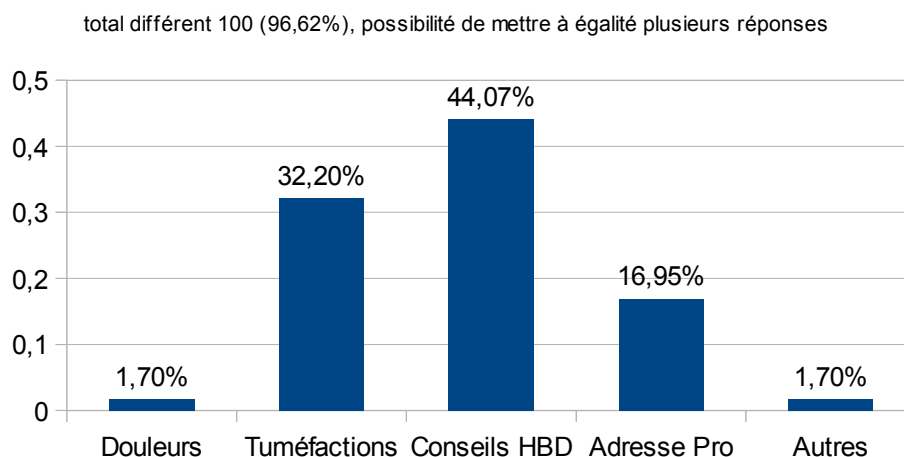


Figure 2.9 Motif de consultation classé 3<sup>e</sup>

Pour la réponse « Autres » 40 pharmaciens sur 59 (67,80%) ne l'ont pas classée et seuls 13 (22,03%) ont apporté une précision écrite.

Dans ces précisions nous retrouvons : les conseils pour les enfants (poussées dentaires), les traumatismes et les prothèses cassées.

#### 2.4.5. Patient consultant pour des douleurs

Si la douleur apparaît comme le motif de consultation le plus fréquent par rapport aux autres causes de problèmes bucco-dentaires pour 71,19% des pharmaciens, nous avons voulu déterminer parmi ces patients, à quel pourcentage approximatif les pharmaciens estiment le nombre de patients consultant pour des douleurs bucco-dentaires (Fig. 2.10).

La question est posée avec plusieurs intervalles disponibles. Les résultats sont les suivants :

- Moins de 10% : 1 pharmacien.
- Entre 10 et 25% : 3 pharmaciens.
- Entre 25 et 50% : 10 pharmaciens.
- Entre 50 et 75% : 16 pharmaciens.
- Entre 75 et 90% : 16 pharmaciens.
- Plus de 90% : 5 pharmaciens.
- Ne peut estimer : 8 pharmaciens.

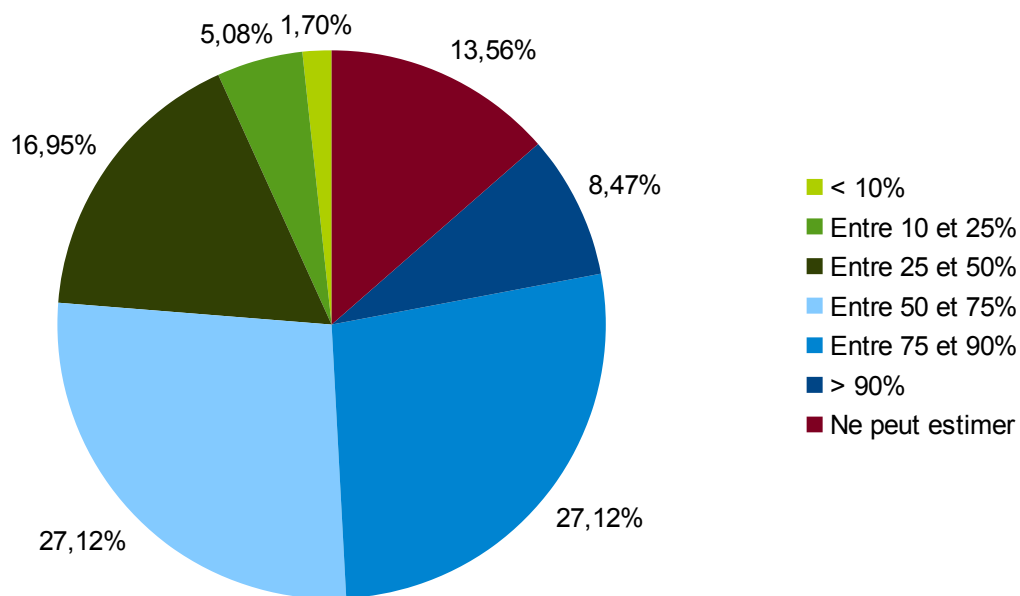


Figure 2.10 Pourcentage de patients consultants ayant des douleurs.

On remarque que pour 37 des 51 pharmaciens (72,55%) ayant estimé ce pourcentage, plus de 50% des patients consultants pour des douleurs bucco-dentaires présentent des douleurs. Seul 4 sur 51 (7,84%) estiment que moins d'un quart des patients présentent des douleurs.

#### 2.4.6. Attentes des patients

Nous avons demandé aux pharmaciens, quelle était la demande des patient qui revient le plus souvent lorsque ceux ci sont victimes de douleurs bucco-dentaires (Fig. 2.11).



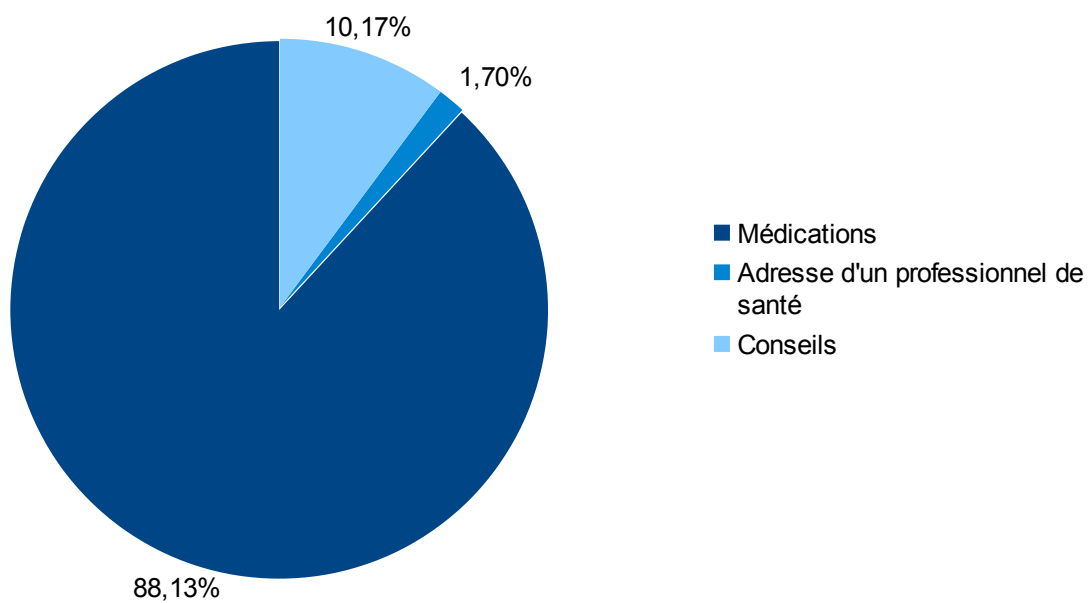


Figure 2.11 Demande la plus courante des patients ayant des douleurs.

#### 2.4.7. Recours à l'automédication

Nous avons demandé aux pharmaciens si d'après les déclarations de leurs patients, ces derniers ont eu recours à une automédication avant de les consulter (Fig. 2.12).

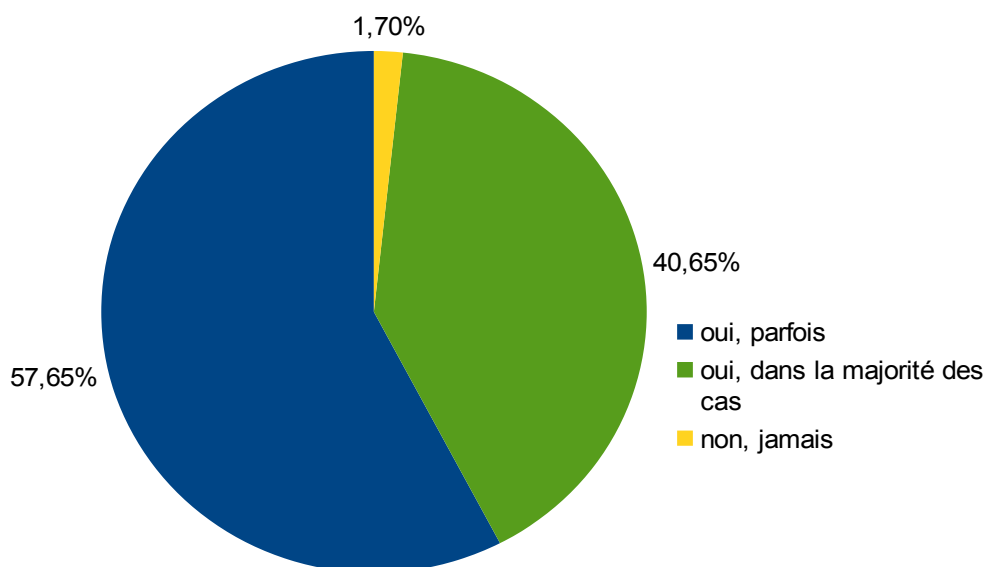


Figure 2.12 Recours à l'automédication

#### 2.4.8. Moyens d'action

Nous avons demandé aux pharmaciens de classer de 1 à 7 leurs moyens d'action lorsque les patients les consultent pour des douleurs bucco-dentaires. Il était possible de ne pas cocher certaines réponses, ou de mettre plusieurs réponses à égalité (Fig. 2.13 et 2.14).

	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7
Antalgiques vente libre	77,97%	6,78%	0,00%	0,00%	3,39%	0,00%	11,86%
Bain de bouche	20,34%	42,37%	13,56%	6,78%	6,78%	8,47%	1,70%
Matériel d'hygiène	3,40%	8,47%	23,73%	20,34%	28,81%	8,47%	6,78%
Crème antalgique	1,70%	16,95%	30,51%	25,42%	18,64%	3,39%	3,39%
Anti-aphte	10,17%	13,56%	10,17%	38,98%	18,64%	8,48%	0,00%
Autres médicaments	8,47%	3,39%	1,70%	3,39%	10,17%	28,81%	44,07%
Autres	11,86%	3,39%	5,08%	0,00%	1,70%	3,39%	74,58%
	133,91%	94,91%	84,75%	94,91%	88,13%	61,01%	142,38%

Figure 2.13 Moyens d'action contre les douleurs bucco-dentaires

Les réponses « Autres médicaments » et « Autres » demandaient des précisions.

Pour « Autres médicaments » sont cités : les huiles essentielles (principalement clou de girofle), compresses thermiques, et des antibiotiques.

Pour « Autres » sont retrouvés : l'appel à un professionnel de santé (médecin ou dentiste), l'abstention thérapeutique, compresses thermiques, et de la « colle pour prothèse ».

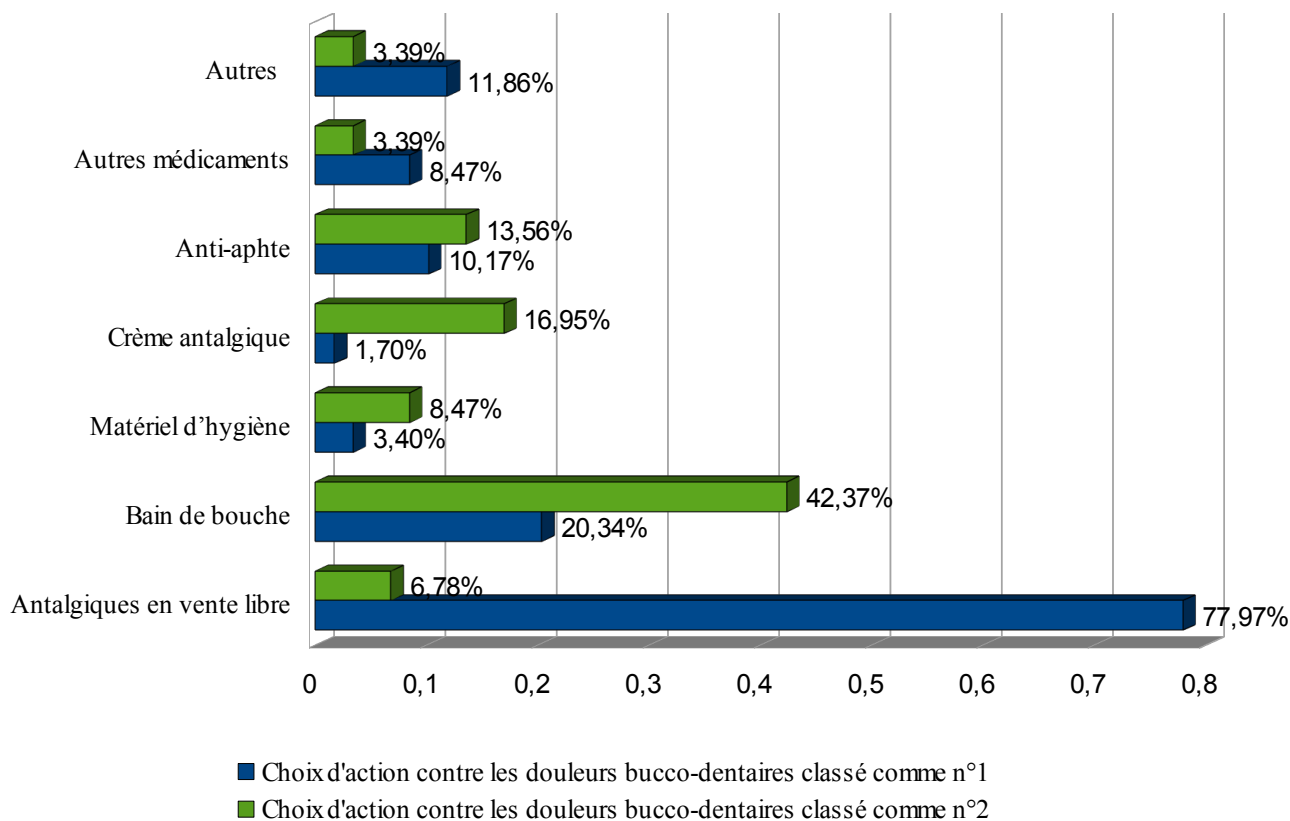


Figure 2.14 Choix d'action contre les douleurs bucco-dentaires classé n°1 et n°2

#### 2.4.9. Choix de la spécialité antalgique

Nous avons demandé aux pharmaciens de classer de 1 à 5 les différentes médications antalgiques dont ils disposent selon l'ordre de choix de délivrance aux patients : paracétamol simple, paracétamol associé, anti-inflammatoires, aspirine, et autres (à préciser). Plusieurs réponses pouvaient être mises à égalité (Fig 2.15).

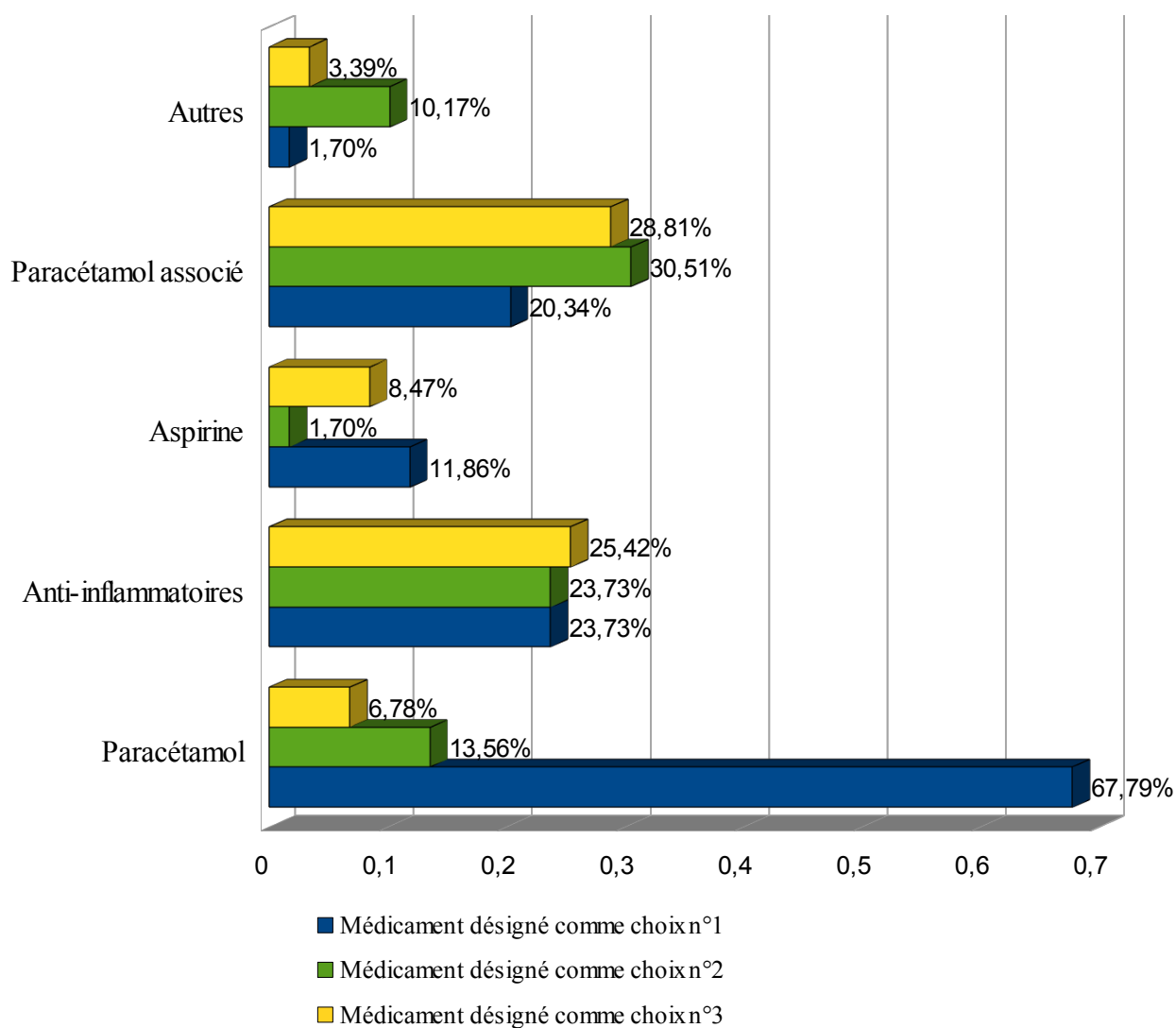


Figure 2.15 Choix de la spécialité antalgique classé n°1, n°2 et n°3

L'aspirine est majoritaire en tant que 4e et 5e choix , aux précisions demandées pour la proposition « autres » les pharmaciens ont répondu pour exemple : huiles essentielles (clou de girofle) bain de bouche, arnica.

#### 2.4.10. Critères de choix médicamenteux

Nous avons demandé aux pharmaciens de donner leurs critères de choix pour la prescription médicamenteuse. La question était à réponse ouverte. 19 pharmaciens n'ont pas répondu. Les réponses obtenues peuvent être regroupées en cinq catégories.

- Facteur patient-dépendant : historique, allergies, traitement en cours, allergies ;
- Facteur douleur : selon l'intensité, la durée, et l'évolution de la douleur ;
- Rapport Bénéfices/Risques de chaque spécialité médicamenteuse, étiologie infectieuse ;
- Automédication déjà entreprise par le patient ;
- Délais de RDV avec un professionnel de santé ;

#### 2.4.11. Relation avec les chirurgiens-dentistes

Nous avons demandé aux pharmaciens si ils étaient en relation avec le(s) chirurgien(s)-dentiste(s) présent(s) sur leur commune (Fig 2.16).

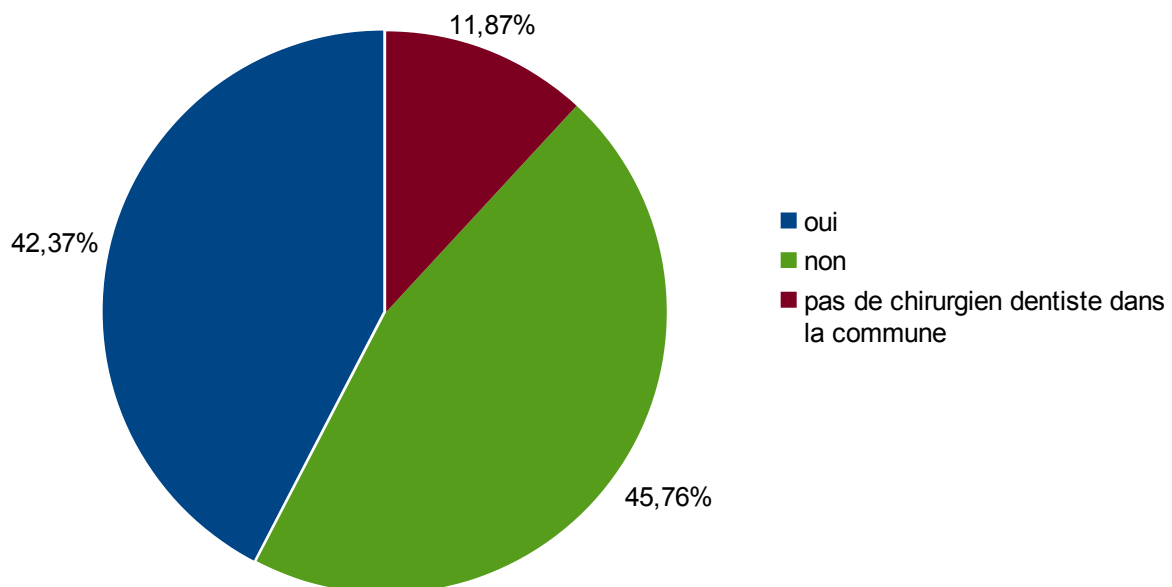


Figure 2.16 Relation avec les chirurgiens-dentistes de la commune

#### 2.4.12. Connaissance des structures d'accueil des urgences bucco-dentaires

Nous avons demandé aux pharmaciens si ils avaient connaissance des structures d'accueil des urgences bucco-dentaires hors cabinet libéraux (Fig. 2.17).

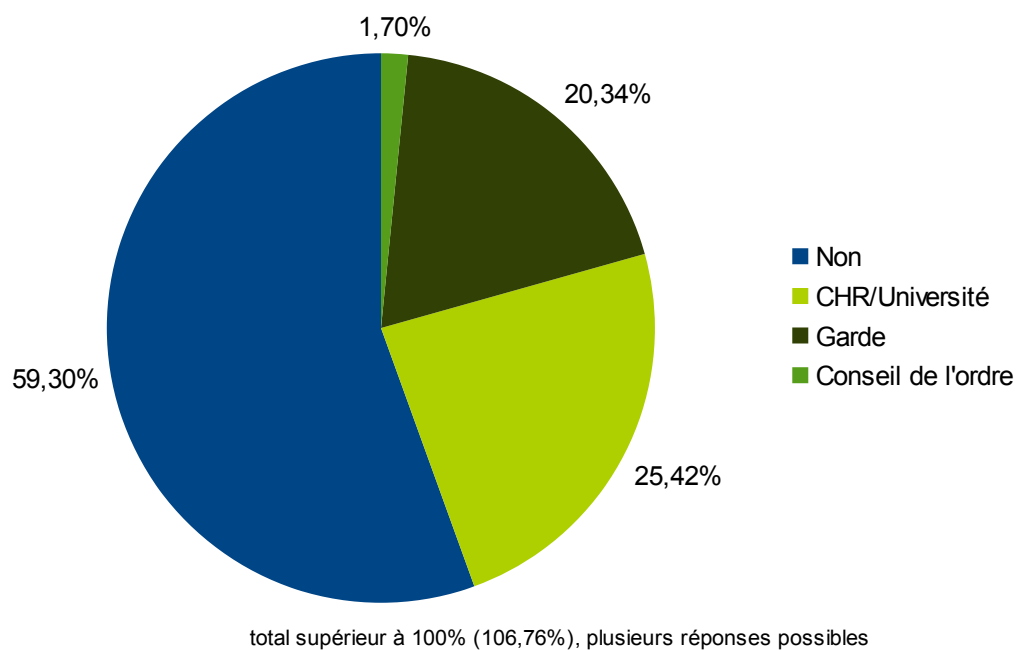


Figure 2.17 Connaissance des structures d'accueil des urgences dentaires

#### 2.4.13. Niveau de formation

Nous avons demandé aux pharmaciens de faire une auto-appréciation de leur niveau de formation face aux urgences bucco-dentaires (Fig 2.18). Il n'y a eu aucune réponse « Pas du tout formé »

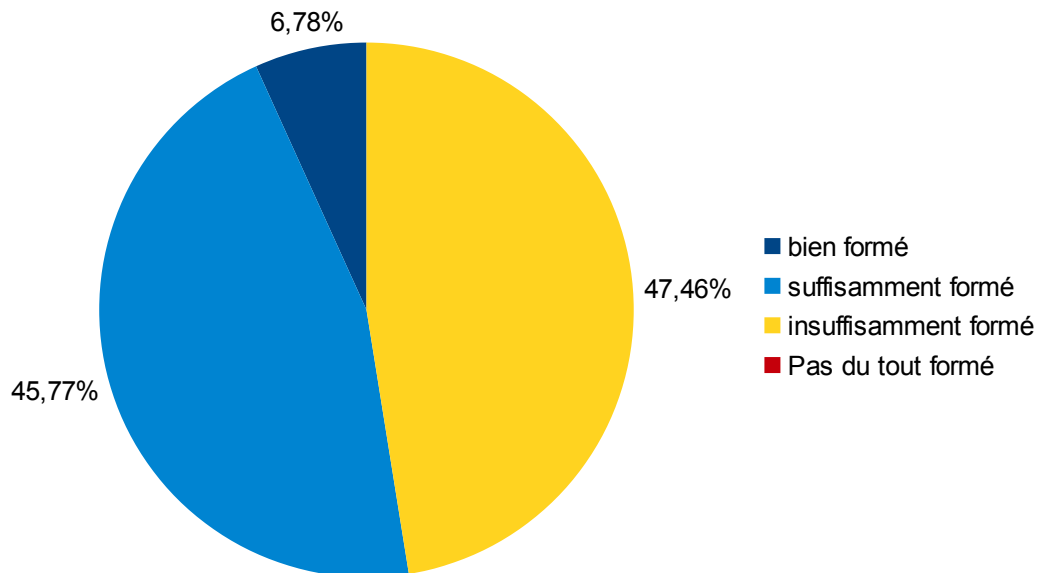


Figure 2.18 Niveau de formation face aux urgences bucco-dentaires

#### 2.4.14. Difficultés face aux urgences bucco-dentaires

Les pharmaciens pouvaient citer les difficultés qu'ils rencontrent face aux patients dans les cas d'urgence bucco-dentaire. La question était ouverte. 21 pharmaciens n'ont pas répondu. Nous retrouvons plusieurs réponses types parmi les 38 exprimées.

La remarque la plus fréquente (16/38, 50%) signale la difficulté de trouver un dentiste et même lorsque c'est le cas, les délais de rendez vous sont longs.

Viennent ensuite les problèmes de surconsommation médicamenteuse, le caractère urgent ou non des plaintes du patient, le problème de l'origine infectieuse éventuelle de l'urgence et de l'utilisation d'anti-inflammatoires par le patient, ainsi que la limitation de leurs moyens d'intervention aux seuls antalgiques faibles.

Sept pharmaciens (7/38, 18,4%) signalent que de nombreux patients ne veulent pas consulter de dentiste, ou ne le consultent pas une fois la douleur soulagée.

#### 2.4.15. Souhait d'informations ou de formations

Nous souhaitons savoir si les pharmaciens sont demandeurs d'informations ou de formations complémentaires à propos des problèmes d'urgences bucco-dentaires (Fig 2.19).

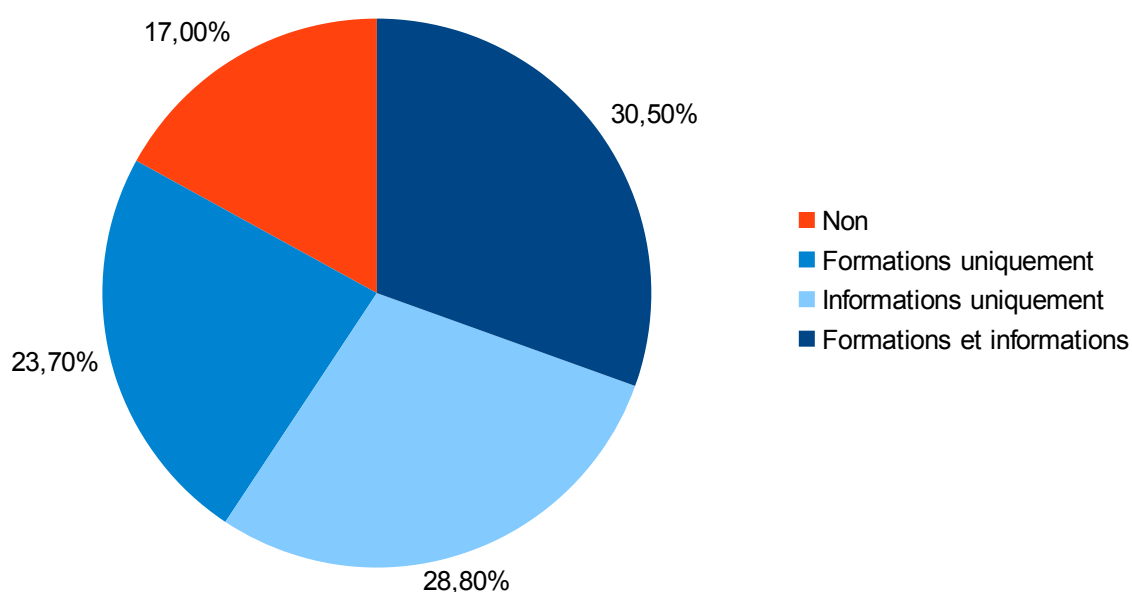


Figure 2.19 Souhait d'informations et/ou formations complémentaires

## 2.5. Discussion

Cette investigation permet de réaliser un état des lieux quant à la prise en charge des patients, souffrant de pathologies bucco-dentaires et qui se présentent au niveau des officines. Ce type d'étude n'a jamais été réalisé à notre connaissance et peut permettre de mettre en évidence un certain nombre d'éléments intéressants.

Avant d'entamer la discussion, il n'est pas inutile de rappeler qu'il existe 1118 officines en Bretagne. De même signalons que 2067 chirurgiens-dentistes (dont 14 remplaçants) et 5104 médecins généralistes (dont 456 remplaçants) exercent en Bretagne (Document DEMOPS, ARS 2014).



### 2.5.1. Commune d'exercice

Nous pouvons mettre en parallèle les chiffres de notre étude et ceux sur la taille des communes réalisés à partir du recensement de 1999 (Insee, 1999)(Fig 2.2). Nous pouvons voir que la majorité (57,85%) des pharmacies de notre étude se trouve dans des communes de 2 à 10 000 habitants, alors que selon le recensement de 99 (Insee, 1999), elles ne représentent que 25% des communes de Bretagne. Tandis que les communes de moins de 2000 habitants représentent près de 75% des 1268 communes de Bretagne mais n'abritent que 15,25% des pharmacies de notre étude. Toutefois, il n'y a pas non plus une concentration dans les grosses communes, ce qui est confirmé par Solard (Insee, 2009) qui montre que les pharmacies sont les commerces les plus en adéquation avec la répartition de la population à l'échelle du territoire français (Indice de Gini de 0,23) et une distribution proche entre territoire urbain (3,7 unités pour 10 000 habitants) et ruraux (4,2 unités pour 10 000 habitants). On ne retrouve évidemment pas les mêmes répartitions pour les médecins généralistes et chirurgiens-dentistes.

### 2.5.2. Présence de cabinets médicaux ou dentaires

On remarque une plus grande proportion de communes dépourvues de cabinets dentaires par rapport aux cabinets médicaux, cela est conforme aux données de densité de praticiens qui sont de 64,2 pour 100000 habitants en ce qui concerne les dentistes en Bretagne (Document DEMOPS, ARS 2014) et de 158,6 pour 100000 habitants pour les médecins généralistes en Bretagne (Document DEMOPS, ARS 2014). Nous pouvons nous attendre à de plus grandes différences statistiques en ce qui concerne les communes possédant plusieurs cabinets médicaux et dentaires.

### 2.5.3. Nombre de patients reçus par semaine pour des motifs bucco-dentaires

Alors qu'on pourrait penser qu'un fort nombre de consultations directes chez les pharmaciens serait en relation directe avec le manque de cabinets dentaires, à même de proposer une consultation spécialisée, on remarque que 11 des 12 pharmacies (91,66%) recevant plus de 15 personnes par semaine se situent sur des communes disposant de plusieurs cabinets dentaires.

Aussi, 6 de ces pharmacies sur 12 (50%) se situent sur des communes entre 2 et 10000 habitants. Bien que la notion de cabinet dentaire n'indique en rien le nombre de dentiste du cabinet, on peut alors se poser des questions sur la relation directe entre la densité de dentistes et les consultations spontanées chez les pharmaciens pour des problèmes bucco-dentaires.

#### 2.5.4. Motifs de consultation

Les motifs de consultation pour raisons bucco-dentaires peuvent être variés, suite au classement par les pharmaciens de ces motifs, nous pouvons remarquer plusieurs éléments.

Si pour 71,19% des pharmaciens, le motif le plus fréquent de consultation est la douleur, il y a aussi 7 pharmaciens (11,86%) pour qui la douleur n'est que le 5e motif de consultation pour problèmes bucco-dentaires.

A la réponse « Autres » qui demandait des précisions, nous retrouvons notamment les traumatismes qui auraient pu faire l'objet d'une catégorie distincte pour cette question, et les conseils pour les enfants. Il est intéressant de voir que l'enfant apparaît comme un cas particulier alors qu'il peut être rangé dans les autres catégories prédéfinies.

Bien que les problèmes dentaires nécessitent l'intervention d'un spécialiste (gestes techniques, prescriptions...) il semble que l'adresse d'un dentiste soit la demande la moins courante des patients auprès de leur pharmacien. Il semble que les patients se satisfassent des conseils et/ou médicaments délivrés par le pharmacien.

#### 2.5.5. Patient consultant pour des douleurs

Ces chiffres viennent confirmer ceux des motifs de consultation, la douleur est bien le principal problème auquel doivent faire face les pharmaciens lorsqu'ils sont consultés par des patients pour des urgences bucco-dentaires. Il serait nécessaire d'avoir des informations supplémentaires sur les pharmacies (profil de la commune, du quartier, flux de patients,...) où il est estimé moins de 25% de patients douloureux et celles où cette estimation est à plus de 90% tant la différence est importante. La gestion de la douleur dentaire n'est pas toujours aisée. Entre autres, le risque de délivrer un antalgique (anti-inflammatoire) peut avoir des effets néfastes sur un terrain à risque infectieux local voir général.

#### 2.5.6. Attentes des patients

Près de 90% des patients douloureux sont demandeurs en première intention de médicaments. Encore une fois l'adresse d'un spécialiste n'est pas une demande des patients à leur pharmacien. Nous aurions pu demander aux pharmaciens d'estimer quel pourcentage des patients avait contacté un ou plusieurs praticiens avant de venir les voir, mais la question ne nous est pas apparue comme étant susceptible d'apporter des réponses fiables.

#### 2.5.7. Recours à l'automédication

Nous remarquons que seul un pharmacien estime que ses patients n'ont jamais recours à l'automédication avant de le consulter pour des douleurs bucco-dentaires. Quatre pharmaciens sur dix estiment qu'une majorité de leurs patients ont eu recours à l'automédication avant de les consulter. Une étude directe auprès des patients permettrait d'obtenir des réponses plus précises sur ces procédés d'automédication ainsi que sur les détails des molécules utilisées. Toutefois, ce type d'enquête est difficile à réaliser.

#### 2.5.8. Moyens d'actions

Nous retrouvons principalement les antalgiques en vente libre qui sont pour 77,97% des pharmaciens leur premier moyen d'action, qu'ils peuvent mettre sur un pied d'égalité notamment avec les bains de bouches, ce qui explique le total dépassant largement les 100% (133,91%).

Les bains de bouches apparaissent nettement comme le 2<sup>ème</sup> choix tandis qu'aucun des autres éléments ne se détache comme étant le 3<sup>ème</sup> recours des pharmaciens face aux douleurs.

Il est aussi intéressant de noter que les sept pharmaciens, classant les douleurs comme dernier motif de consultation pour raisons bucco-dentaires, classent les antalgiques comme leur dernier moyen d'action, la cohérence est respectée mais on peut se poser la question de la compréhension de la question et si il n'y a pas eu inversion des ordres de classements par ces pharmaciens.

Bien que les huiles essentielles, notamment de clou de girofle soit citées comme autres solutions par les pharmaciens, nous pouvons souligner le peu de réponses concernant l'homéopathie dans les suggestions, un seul pharmacien ayant cité les granules d'arnica.

Enfin, malgré l'impossibilité de les délivrer sans ordonnance, les antibiotiques sont cités.

### 2.5.9. Choix de la spécialité antalgique

Le paracétamol apparaît comme le choix n°1 mais pour seulement 67,79% alors que c'est la molécule de référence en première intention.

Le choix des anti-inflammatoires ou celui du paracétamol associé à une autre molécule (la codéine notamment) en 1<sup>ère</sup> intention semble équivalent et représente plus de 20% des délivrances malgré les risques en cas d'infection (ANSM, 2013) pour l'utilisation des anti-inflammatoires et ceux de développement d'une dépendance pour le paracétamol associé à la codéine (ANSM, 2011).

L'usage de l'aspirine semble marginalisé même s'il représente toujours pour plus d'un pharmacien sur dix une molécule susceptible d'être un premier choix pour la gestion des douleurs bucco-dentaires.

Cependant l'importance de l'automédication chez les patients douloureux amènent forcément une modification de la conduite du pharmacien dont le conseil est influencé par les traitements déjà entrepris par le patient afin d'éviter les surdosages.

Les recommandations de bonnes pratiques pour les douleurs modérées à intenses, qui pourraient amener le patient à consulter, sont l'utilisation d'AINS à dose antalgique en cure courte (en l'absence de contre indication) ou d'antalgiques de palier II (ANSM, 2011).

Ces deux paramètres peuvent expliquer le score relativement faible du choix du paracétamol.

### 2.5.10. Critères de choix médicamenteux

En plus des critères de choix qui découlent de la relation du patient avec son pharmacien (historique médical, allergies...), plusieurs pharmaciens ont souligné l'importance de l'origine de la douleur, évoquant l'étiologie infectieuse comme une contre indication aux AINS. L'un d'entre eux a utilisé cette question à réponse ouverte pour poser la question de la délivrance d'ibuprofène pour les douleurs dentaires. Il est à signaler qu'au niveau de l'hôpital ou même en cabinet libéral, il n'est pas rare de constater une aggravation de l'état général du patient douloureux et à risque infectieux (local ou général), par la prise d'AINS (notamment l'ibuprofène) réalisée dans le cadre d'automédication, ou prescrit par un médecin généraliste ou délivré directement par un pharmacien.

#### 2.5.11. Relation avec les chirurgiens-dentistes

Le nombre de réponses « pas de chirurgien-dentiste dans ma commune » est inférieur à celui de la question 2.2, les pharmaciens ayant répondu différemment à cette question sont probablement en relation avec ceux des communes limitrophes. Malgré cela ce nombre reste faible.

#### 2.5.12. Connaissance des structures d'accueil des urgences dentaires

60% des pharmaciens n'ont pas connaissance des structures d'accueil d'urgences dentaires (hors cabinets libéraux la semaine). Mis à part quelques réponses complètes, les autres sont partielles ou interrogatives. Il est intéressant de noter que bien que soumis eux aussi à la Permanence Des Soins (PDS), seul un pharmacien sur cinq a connaissance de la PDS libérale ou hospitalière assurée par les chirurgiens-dentistes.

#### 2.5.13. Niveau de formation

Si aucun pharmacien ne s'estime « pas du tout formé » pour faire face aux urgences bucco-dentaires, on note que près de la moitié d'entre eux s'estiment insuffisamment formés. Afin de pouvoir améliorer ces chiffres, il serait nécessaire de déterminer avec précision l'origine selon eux de cette méconnaissance : formation initiale insuffisante, oubli avec le temps, évolution des données acquises de la science, formation continue insuffisante, etc.

#### 2.5.14. Difficultés face aux urgences bucco-dentaires

Les réponses pointent principalement des facteurs sur lesquels les pharmaciens n'ont pas d'influence tels que la disponibilité des dentistes, ou le comportement du patient (automédication, surdosage, non compliance aux conseils, non consultation d'un spécialiste, ...). Ils mettent aussi en avant leurs limites personnelles : détermination de l'urgence d'une situation, de l'origine ou du caractère infectieux de l'urgence. Et celle de leur profession : limitation de la délivrance aux antalgiques faibles.

#### 2.5.15. Souhais d'informations ou de formations

Seul 17% des pharmaciens de l'étude ne souhaitent pas de complément d'information sur le sujet des urgences bucco-dentaires.

Les pharmaciens sont soumis à une obligation de Développement Personnel Continu (DPC). Le DPC a été introduit par l'article 59 de la loi HPST, publiée le 22 juillet 2009 au Journal officiel.

Une majorité d'entre eux semblent demandeurs d'informations ou de formations complémentaires. Nos recherches n'ont pas permis de trouver une seule formation dispensée par les UFR de Sciences Pharmaceutiques ayant pour sujet les problèmes bucco-dentaires.

### 2.6. Conclusions

Les résultats de cette investigation, avec toutes les limites qu'elle comporte, montrent que les pharmaciens sont des acteurs importants de la gestion des urgences bucco-dentaires. Ils y sont confrontés régulièrement par leur proximité avec la population et leur répartition sur le territoire.

Les résultats de notre étude sont à prendre avec précaution, puisque nous n'avons obtenu qu'un nombre limité de réponses et que l'étude ne concerne que le territoire breton alors que de fortes disparités régionales de répartition des professionnels de santé existent en France.

Cependant ce questionnaire met en lumière certains aspects du rôle des pharmaciens et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Si certaines sont insurmontables étant données les limites du domaine de compétences de chaque métier, on peut regretter le manque d'interactions entre les différentes professions de santé. Par ailleurs, il est regrettable que les pharmaciens ne puissent avoir accès à des formations traitant de l'urgence bucco-dentaire.

Les pharmaciens doivent être un relais d'information auprès des patients afin d'améliorer leur prise en charge et sont demandeurs d'informations et de formations dans cet objectif.

## CONCLUSION

Les cas d'urgence bucco-dentaire sont nombreux, polymorphes et souvent douloureux. Ils nécessitent l'intervention rapide du spécialiste qu'est le chirurgien-dentiste. Toutefois lorsque pour différentes raisons, un patient ne peut se rendre rapidement chez un chirurgien-dentiste, il peut se tourner vers son pharmacien pour des conseils, et un moyen de gérer la douleur. Ceux ci, exposés à ces problèmes rencontrent de nombreuses difficultés. Ils sont ainsi limités dans les réponses qu'ils peuvent apporter, par le nombre important de patients qui sont tout autant de situations cliniques différentes et le peu de solution dont ils disposent.

Ces contraintes, ajoutées parfois à un manque de connaissance personnelle et le peu de communication avec les chirurgiens-dentistes (au niveau général, et avec les chirurgiens-dentistes avoisinants), conduisent à des choix qui ne sont pas forcément adaptés au problème du patient.

Il serait utile de pouvoir proposer des formations à la gestion des urgences bucco-dentaires aux pharmaciens, mais surtout de renforcer les liens entre les différents ordres, notamment en ce qui concerne la Permanence Des Soins, ainsi qu'encourager au niveau local les réunions inter professionnelles qui seraient profitables aux deux parties.

## **BIBLIOGRAPHIE**



**Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé**

Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie  
Recommandations et argumentaires, Juillet 2001

**Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé**

Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses  
Mise au point, Mai 2011

**Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé**

Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), 2013

**Ahossi V, Devoise L, Tazi M, Perrin D.**

Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon : analyse de 12 mois d'activité.  
Clinique 2002;23(3):165-70.

**Ahossi V, Perrot G, Thiery L, Potard G, Perrin D.**

Urgences odontologiques.  
Encycl Med Chir Elsevier SAS Medecine 2004;5(1):463-85.

**ANAES**

Évaluation et stratégies de la prise en charge de la douleur aiguë ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans.  
Recommandations, Mars 2000

**Andersson R, Thomas DW.**

Toothache stories : a qualitative investigation of how and why people seek emergency dental care  
Community Dent Health, 2003 ; 20:106-11

**Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L.**

Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth.  
Oxford : Blackwell Munksgaard, 2007.  
dumas-00777429, version 1 - 17 Jan 2013

**Agence Régionale de Santé**

Document DEMOPS, Observatoire de la démographie des professionnels de la santé de Bretagne.  
Janvier 2014

**Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique**

Automédication, autoprescription, autoconsommation  
2ème colloque de l'APNET , Palais du Luxembourg, décembre 1998  
Ed John Libbey Eurotext, 2000

**Baume LJ, Fiore-Donno G.**

Vues nouvelles sur le diagnostic différentiel des pulpopathies.  
Méd Hyg (Genève) 1962;20:543-71.

**Ben Slama L.**

Panorama des principales affections de la muqueuse buccale  
Ed Aventis, odontostomatologie, 2003

**Benzarti S, Mardassi A, Ben Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K, Miled I, Chebbi MK.**

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire.  
J. Tun ORL 2007 Dec;19:24-7.

**Béry A, Delprat L.**

Droits et obligations du chirurgien-dentiste  
Guide broché, éditions du puits fleuri, 2006

**Boucher Y, Pionchon P.**

Douleurs orofaciales : Diagnostic et traitements  
Editions CdP, Paris, 2006

**Boucher Y, Cohen E.**

Urgences dentaires et médicales. Conduites à tenir. Prévention chez le patient à risque.  
Ed. CdP, 2007.

**Bouletreau P, Froget N, Gleizal A, Breton P.**

Affection du plancher de la bouche  
Encycl Med Chir, Elsevier, Paris, Stomatologie, 2005, 126-140

**Cavaillon JP, Girard P, Noto R.**

Manuel des urgences en pratique odontostomatologique.  
Paris : Masson (coll. Manuels d'odontostomatologie), 1988

**Chestnutt IG, Taylor MM, Mallinson EJ.**

The provision of dental and oral health advice by community pharmacists  
British Dental Journal, 1998, Jun 13 ; 184(11):532-4

**CNEOC**

Collège National Enseignants Odontologie Conservatrice.  
Fiches de procédures, 2012.

**Code De Déontologie Des Chirurgiens-Dentistes.**

Code de la Santé Publique, partie réglementaire.  
Quatrième partie, Livre Ier, Titre II, Chapitre VII, Section 2.  
version Jan 2013

**Code de la santé publique.**

Ordre national des chirurgiens-dentistes.  
Conseil national, 2002

**Descroix V, Yasukawa K.**

Les médicaments en odontostomatologie  
Ed Maloine, Paris, 2005

**Douglass A-B, Douglass J-M.**

Common dental emergencies.

Am Fam Physician, 2003, 67 (3) : 511-6

**Flores MT, Malmgren B, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Barnett F, Bourguignon C, Diangelis A, Hicks L, Sigurdsson A, Trope M, Tsukiboshi M, Von Arx T.**

Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth

The International Association for Dental Traumatology, Dental Traumatology 2007 ; 23: 66-71

**Flores MT, Malmgren B, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Barnett F, Bourguignon C, Diangelis A, Hicks L, Sigurdsson A, Trope M, Tsukiboshi M, Von Arx T.**

Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth

The International Association for Dental Traumatology, Dental Traumatology 2007 ; 23: 130-136

**Flores MT, Malmgren B, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Barnett F, Bourguignon C, Diangelis A, Hicks L, Sigurdsson A, Trope M, Tsukiboshi M, Von Arx T.**

Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth

The International Association for Dental Traumatology, Dental Traumatology 2007 ; 23: 6196-202

**Graham R, Crispian S, Rosemary S.**

ABC of oral health dental emergencies

Clinical review, September 2000, Volume 321

**Grubwieser G.J., Baubin M.A., Strobl H.J., Zangerle R.B.**

Urgences au cabinet dentaire

Editions Maloine, 2006

**Guinchard S, Montagnier G.**

Lexique des termes juridiques

Dalloz, 1995, Paris (10e édition)

**Haute Autorité de Santé**

Dossier du patient en odontologie

Référentiel, Janvier 2006

**Haute Autorité de Santé**

Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, évaluer et orienter le patient.

Consensus formalisé.

Recommandations, Décembre 2008

**Institut national de la statistique et des études économiques**

Recensement 1999

**International Association of Dental Traumatology**

Dental Trauma Guide, 2010 (edited 2014) [En ligne]

**International Association of Dental Traumatology. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis AJ, Kenny DJ, Sigurdsson A, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ, Tsukiboshi M.**

International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth.

Dent Traumatol. 2012 Apr;28(2):88-96

**Larousse médical**

Larousse, 2012

**Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »**

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires

Journal officiel de la République Française du 22 juillet 2009

**Maes JM, Raoul G, Omezzine M, Ferri J.**

Ostéites des os de la face

Encycl Med Chir, Elsevier, Paris, Stomatologie, 2005, 208-230

**Markus JP.**

Déontologie professionnelle du chirurgien-dentiste.

Encycl Med Chir, Elsevier Masson SAS, Paris, Médecine buccale, 2008, 28-965-B-10.

**Markus JP.**

Secret professionnel du chirurgien-dentiste.

Encycl Med Chir, Elsevier Masson SAS, Paris, Médecine buccale, 2008, 28-960-R-10.

**Maunder PEV, Landes DP.**

An evaluation of the rôle played by community pharmacies in oral healthcare situated in primary car trust in the north of England

British Dental Journal, 2005, 199,219-223 2005

**Michel JF.**

Faire face à l'urgence en parodontologie.

Rev Odonto-Stomatologie 1997;26(6):269-277.

**Muster D.**

Antalgiques

Encycl Med Chir, Elsevier Masson SAS, Paris, Stomatologie/Odontologie 2002, 22-012-G-10

**Nusstein JM, Beck M.**

Comparison of preoperative pain and medication use in emergency patients presenting with irreversible pulpitis or teeth with necrotic pulps

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod, 2003 ; 96:207-14

**O.M.S. (Organisation Mondiale De La Sante)**

Classification internationale des maladies. Adaptation à l'odontostomatologie.

Genève : O.M.S. troisième édition, 1997.

**ONDPS**

Observatoire National de la Démographie Des Profession de Santé  
État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes, 2013

**Peron JM.**

Accidents d'évolution des dents de sagesse  
Encycl Med Chir, Elsevier, Paris, Dentisterie, 2004, 147-158

**Persson RE, Stiefel DJ, Griffith M, Truelove EL, Martin MD.**

Characteristics of dental emergency clinic patients with and without disabilities  
Spec Care Dentist, 2000;20:114-20

**Perrin D.**

Information dentaire, 2007 ;3:57

**Perrin D, Ahossi V, Larras L, Paris M.**

L'urgence en odontologie  
Paris, Editions CdP, 2005

**Piette E, Mahy P.**

Stomatites bactériennes « non spécifiques »  
Encycl Med Chir, Elsevier, Paris, Stomatologie, 2005, 332-344

**Priya S, Madan Kumar P D, Ramachandran S.**

Knowledge and attitudes of pharmacists regarding oral health care and oral hygiene products in  
Chennai city. Indian J Dent Res 2008;19:104-8

**Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G.**

La démographie médicale en région Bretagne situation en 2013  
Conseil National de l'Ordre des Médecin, 2013

**Robinson JJ, Giraud S, Dos Santos S, Turlotte S, Fieschi JM.**

Urgences dentaires dans la pratique quotidienne  
Encycl Med Chir, Elsevier, Paris, Odontologie, 2001, 23-750-A-10

**Rodier P, Bourgeois D, Agniel L.**

Maladie parodontale nécrosante : la gingivite ulcéro-nécrotique.  
J. Parodontol. Implantol. Orale, 2004 23(2):117-129.

**Roth F.**

Urgences bucco-dentaires.  
Les guides de l'AP-HP. Paris : Doin, 1999.

**Simon S.**

Endodontie Volume 1 : traitements  
Editions CdP, France, 2008

**Siqueira JF, Barnett F.**

Interappointment pain: mechanisms, diagnosis, and treatment.  
Endodontic Topics 2004;7:93–109.

**Solard G.**

À la campagne, comme à la ville, des commerces traditionnels proches de la population  
Insee Première, juin 2009, n°1245

**Tardif A, Misino J, Peron JM.**

Traumatismes dentaires et alvéolaires  
Encycl Med Chir, Elsevier, Paris, Dentisterie, 2004, 159-178

**Thiery G, Sagui E, Guyot L.**

Algies faciales  
Encycl Med Chir, Elsevier Masson SAS, Paris, Stomatologie, 2007, 22-041-A-10.

**Toledo-Arenas R, Descroix V.**

Urgences odontologiques  
Pratique dentaire, Elsevier Masson, 2010

**Touré B, Kane AW, Faye B, Diouf A, Boucher Y.**

Preoperative pain and medications used in emergency patients with acute pulpitis or periapical pathology : a prospective comparative study  
J Orofac Pain, 2007

## **ANNEXES**

# Délivrance de Médicaments dans le cadre de Douleurs bucco-dentaires

\*Obligatoire

## 1 - Où est située votre officine ?

- ☐ Commune de moins de 2000 habitants
- ☐ Commune de 2000-10 000 habitants
- ☐ Commune de 10 000-50 000 habitants
- ☐ Commune de plus de 50 000 habitants

## 2.1 - Dans la commune où vous exercez, existe-t-il des cabinets de médecins généralistes ?

- ☐ Aucun
- ☐ Un cabinet
- ☐ Plusieurs cabinets

## 2.2 - Dans la commune où vous exercez, existe-t-il des cabinets de chirurgiens-dentistes

- ☐ Aucun
- ☐ Un cabinet
- ☐ Plusieurs cabinets



**3 - A combien de patients par semaine estimez-vous le nombre de personnes qui se rendent dans votre officine pour motifs bucco-dentaires (douleurs, infections, conseils en hygiène,...) en consultation spontanée (sans avis médical ou/et sans ordonnance médicale) ?**

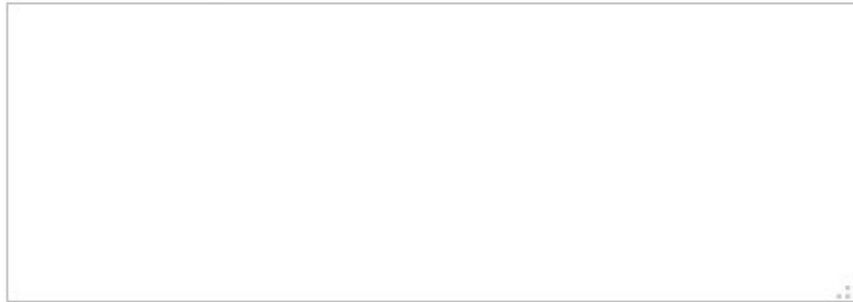
- ☐ Aucun  
☐ Entre 1 et 5  
☐ Entre 5 et 10  
☐ Entre 10 et 15  
☐ Plus de 15  
☐ Ne peut estimer ce nombre

**4.1 - Parmi ces patients, pouvez-vous réaliser un classement (de 1 à 5) en fonction des motifs de consultation ? (classez de 1 le motif le plus fréquent à 5 le moins fréquent) \***

	1	2	3	4	5	Ne sait pas
Douleurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infections (Tuméfactions)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseil d'hygiène bucco-dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recherche d'un professionnel de santé (médecin, dentiste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres (Préciser dans la question 4.2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4.2 - Parmi ces patients, pouvez-vous réaliser un classement (de 1 à 5) en fonction des motifs de consultation ? (classez de 1 le motif le plus fréquent à 5 le moins fréquent)**

suite de la question 4 - Préciser la réponse "Autres"



**5 - Parmi ces patients, à quel pourcentage approximatif estimez-vous le nombre de patients consultant pour des douleurs bucco-dentaires ?**

- ☐ Moins de 10%
- ☐ Entre 10 et 25%
- ☐ Entre 25 et 50%
- ☐ Entre 50 et 75%
- ☐ Entre 75 et 90%
- ☐ Plus de 90%
- ☐ Ne peut estimer ce nombre

**La suite du questionnaire concerne uniquement les cas des patients se plaignant de douleurs.**



**6 Quelle est la demande la plus courante dans ces cas de douleurs ?**

- ☐ Conseils
- ☐ Médications
- ☐ Demande d'adresse d'un professionnel de santé
- ☐ Autre :

**7 - Est-ce que les patients ont eu recours à une automédication avant de se présenter dans votre officine ?**

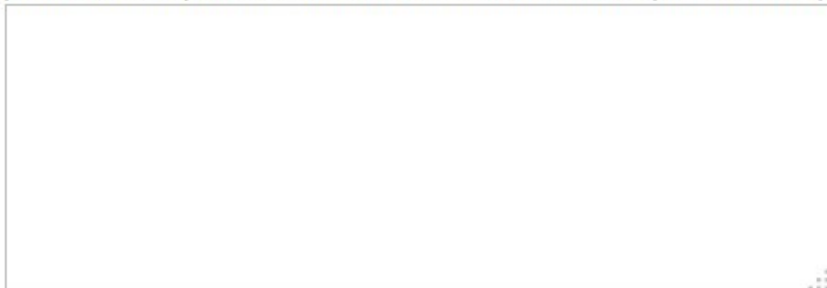
- ☐ Oui dans la majorité des cas
- ☐ Oui parfois
- ☐ Non jamais
- ☐ Ne sait pas

**8.1 - Quels sont dans l'ordre vos moyens d'action ? (classez de 1 le plus fréquent à 7 le moins fréquent) \***

	1	2	3	4	5	6	7
Délivrance d'antalgique en vente libre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délivrance de bains de bouche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délivrance de matériel d'hygiène (brosse à dents, fil dentaire...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délivrance de crèmes antalgiques (Pansoral®, Dolodent®, Delabarre@...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délivrance d'anti-aphtes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délivrance d'autres médicaments ou produits (à préciser dans la question 8.2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres (à préciser dans la question 8.3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8.2 - Quels sont dans l'ordre vos moyens d'action ? (classez de 1 le plus fréquent à 7 le moins fréquent)**

précisions à la réponse "Délivrance d'autres médicaments ou produits" de la question 8.1

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide details for question 8.2. In the bottom right corner, there is a small, faint icon consisting of a 3x3 grid of dots.

**8.3 - Quels sont dans l'ordre vos moyens d'action ? (classez de 1 le plus fréquent à 7 le moins fréquent)**

précisions à la réponse "Autres" de la question 8.1

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide details for question 8.3. In the bottom right corner, there is a small, faint icon consisting of a 3x3 grid of dots.

**9.1 - A propos des antalgiques, quelles familles de médicaments délivrez-vous dans ces cas ?  
(classez de 1 le plus fréquent à 5 le moins fréquent)**

	1	2	3	4	5
Paracétamol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paracétamol associé à une autre molécule (codéine,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspirine et dérivés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-inflammatoires (ex: Ibuprofène)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres (à préciser dans la question 9.2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9.2 - A propos des antalgiques, quelles familles de médicaments délivrez-vous dans ces cas ?  
(classez de 1 le plus fréquent à 5 le moins fréquent)**

précision de la réponse "Autres" de la question 9.1

**10 - Quels sont vos critères de choix médicamenteux ?**

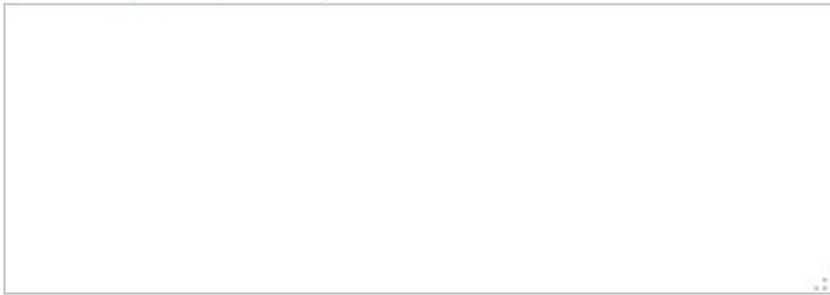
A large, empty rectangular text box with a thin black border, intended for the respondent to write their criteria for drug selection. In the bottom right corner, there is a small, faint icon consisting of a grid of dots.

**11 - Concernant la prise en charge des douleurs bucco-dentaires, êtes-vous en relation avec le(s) chirurgien(s)-dentiste(s) de votre commune ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas de chirurgien-dentiste dans ma commune

**12 - Connaissez vous les structures et réseaux d'accueil d'urgences (dentaire) dans votre secteur, quels sont-ils?**

(plusieurs réponses possibles)

A large, empty rectangular text box with a thin black border, intended for the respondent to list the emergency dental structures and networks in their sector. In the bottom right corner, there is a small, faint icon consisting of a grid of dots.

**13 - Vous sentez-vous suffisamment formé(e) face aux algies bucco-dentaires ?**

- ☐ Bien formé
- ☐ Suffisamment formé
- ☐ Insuffisamment formé
- ☐ Pas du tout formé

**14 - Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous face aux patients souffrant de douleurs bucco-dentaires ?**

**15 - Souhaiteriez-vous avoir des informations complémentaires ou une formation sur ce sujet ?**

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Non
- ☐ Informations
- ☐ Formations

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

100 % : vous avez réussi.





